Rok XLI. Kraków, 12 Kwietnia 1902. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Badania przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości.

Podał

Doc. Dr. L. Korczyński.

Badania przemiany pierwiastków, ważne i pożądane w każdej chorobie przewlekłej, siłą rzeczy wysuwać się muszą na czoło ścisłych prac klinicznych w chorobach, zwanych wprost chorobami przemiany materyi. W rozmiękczeniu kości w wyższym może stopniu, aniżeli w każdej innej chorobie, należącej do tej grupy, zależało na poznaniu przemiany materyi. Do badań zachęcała tu nietylko zupełnie naturalna chęć rozszerzenia zakresu wiadomości lekarskich, ale zmuszały do nich także względy czysto praktyczne, oraz prosta konieczność poznania istoty choroby, jeśli już nie w samem jądrze, to przynajmniej w jej bezpośrednich objawach i skutkach. Spostrzeżenia, poczynione na chorych, wprost już zdawały się wskazywać, że właściwem siedliskiem choroby jest układ kostny, jak to już zresztą sama nazwa wskazuje, że przyczyna schorzenia leży albo w nieprawidłowym rozpadzie, albo w nieprawidłowem odnawianiu się tkanki kostnej. Zupełnie więc było naturalnem, że w badaniach przemiany pierwiastków uwzględniano wyłącznie lub przeważnie dwa najważniejsze składniki nieorganiczne istoty kostnej: fosfor i wapno, że poza tem starano się także o wykrycie związków, których obecność w ustroju tłómaczyćby mogła powstawanie sprawy rozmiękczenia kości. Prac, któreby przemianę pierwiastków uwzględniały w całej pełni, dotychczas nie mamy; te zaś, które posiadamy, różnią się między sobą pod względem wyników tak dalece, że jasnego poglądu na sprawę przemiany materyi, nawet w szczuplejszym jej zakresie, wyrobić sobie nie można.

Tablica I

Data	Ilość wprowadzonego N	Ilość wprowadzonego P_2O_5	Ilość wprowadzonego CaO	Ilość moczu ctm.³	Ciężar właściwy	Ilość wydzielonego N w moczu	N w kale	N razem	kwas moczowy	P_2O_5 w moczu	P_2O_5 w kale	P_2O_5 razem	CaO w moczu	CaO w kale	CaO razem	Bilans N	Bilans P_2O_5	Bilans CaO
28 listopada	19·86539	5·88280	1·26999	1250	1·024	14·93750	1·45992	16·39742	—	3·65010	0·85707	4·50717	0·29375	0·64690	0·94065	+ 3·46797	+ 1·37563	+ 0·32934
29 listopada	19·86539	5·88280	1·26999	1180	1·024	15·40150	1·45992	16·86142	—	3·68800	0·85707	4·54507	0·28724	0·64690	0·93414	+ 3·00397	+ 1·33773	+ 0·33585
30 listopada	19·86539	5·88280	1·26999	1215	1·025	17·65040	1·45992	19·11032		3·86650	0·85707	4·72357	0·29020	0·64690	0·93710	+ 0·75507	+ 1·15923	+ 0·33289
1 grudnia	19·86539	5·88280	1·26999	1160	1·025	16·47160	1·45992	17·93152	1·433	3·97520	0·85707	4·83227	0·28896	0·64690	0·93586	+ 1·93387	+ 1·05053	+ 0·33413
2 grudnia	19·86539	5·88280	1·26999	1195	1·027	18·72970	1·45992	20·18962	1·655	3·62040	0·85707	4·47747	0·28240	0·64690	0·92930	— 0·32423	+ 1·40533	+ 0·34069
Razem	99·32695	29·41400	6·34995	6000	—	83·19070	7·29960	90·49030	—	18·80020	4·28535	23·08555	1·44255	3·23450	4·67705	8·83665	+ 6·32845	+ 1·67290
Przeciętnie	19·86539	5·88280	1·26999	1200	1·025	16·63814	1·45992	18·09806	—	3·76004	0·85707	4·61711	0·28851	0·64690	0·93541	+ 1·76733	+ 1·26569	+ 0·33458

Tablica II.

Data	Ciężar ciała	Ilość wprowadzonego N	Ilość wprowadzonego P_2O_5	Ilość wprowadzonego CaO	Ilość moczu ctm.³	Ciężar właściwy	Ilość wydzielonego N w moczu	N w kale	N razem	kwas moczowy	P_2O_5 w moczu	P_2O_5 w kale	P_2O_5 razem	CaO w moczu	CaO w kale	CaO razem	Bilans N	Bilans P_2O_5	Bilans CaO
8 grud.	46·2 kg	8·80056	3·62727	1·40395	1372	1·013	7·67200	0·93285	8·60485	Nie oznaczano	1·83848	1·34462	3·18310	0·23427	1·04257	1·27684	+ 0·19571	+ 0·44417	+ 0·12711
9 grud.	46·3 kg.	8·80056	3·62727	1·40395	1490	1·010	7·71756	0·93285	8·65041		1·87740	1·34462	3·22202	0·25330	1·04257	1·29587	+ 0·15015	+ 0·40525	+ 0·10808
10 grud.	46·2 kg.	8·80056	3·62727	1·40395	1680	1·0085	7·63200	0·93285	8·56485		2·04360	1·34462	3·38822	0·26633	1·04257	1·30890	+ 0·24171	+ 0·23905	+ 0·09505
11 grud.	46·2 kg.	8·80056	3·62727	1·40395	1200	1·014	8·06400	0·93285	8·99685		1·92400	1·34462	3·26862	0·24562	1·04257	1·28819	— 0·19629	+ 0·35865	+ 0·11576
12 grud.	46·1 kg.	8·80056	3·62727	1·40395	1250	1·014	8·10750	0·93285	9·04035		1·95700	1·34462	3·30162	0·26875	1·04257	1·31132	— 0·23979	+ 0·32565	+ 0·09263
Razem		44·00280	18·13635	7·01975	6992	—	39·19306	4·66425	43·85731		9·64048	6·72310	16·36358	1·26827	5·21285	6·48112	+ 0·14549	+ 1·77277	+ 0·53863
Przeciętnie		8·80056	3·62727	1·40395	1398·4	1·0119	7·83861	0·93285	8·77146		1·92809	1·34462	3·27271	0·25365	1·04257	1·29622	+ 0·02909	+ 0·35455	+ 0·10772

Tablica III.

D a t a			15 grud.	16 grud.	17 grud.	18 grud.	19 grud	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			45·6 kg.	45·7 kg.	45·6 kg.	45·9 kg.	45·9 kg.		
Ilość wprowadzonego		N	16·47940	16·47940	16.47940	16·47940	16·47940	82·39700	16·47940
		P_2O_5	4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	20 74845	4·14969
		CaO	1·00991	1·00991	1·00991	1·00991	1·0991	5·04959	1 00991
Ilość moczu			905	980	950	980	1145	4960	992
Ciężar właściwy			1·02500	1·02400	1·02400	1·02450	1·02200	—	1·02390
Ilość wydzielonego	N	w moczu	15·02676	15·31600	14·97460	14·72800	16·22500	76·27036	15 25407
		w kale	0·91939	0 91939	0·91939	0·91939	0 91939	4·59695	0 91939
		razem	15·94615	16·23539	15·89399	15·64739	17·14439	80 86731	16·17346
	kwas moczowy		0·37950	0 85260	1·74800	0 72000	0 74140	4·44150	0·88830
	P_2O_5	w moczu	1·93260	2·35000	2·26100	2·31400	2·54190	11·39950	2·27990
		w kale	0·66740	0 66740	0·66740	0·66740	0 66740	3·33700	0·66740
		razem	2·60000	3·01740	2·92840	2·98140	3 20930	14·73650	2 94730
	CaO	w moczu	0·26815	0·30248	0·24151	0·23505	0·16362	1·21081	0·24216
		w kale	0·75877	0·75877	0·75877	0·75877	0·75877	3·79385	0·75877
		razem	1·02692	1·06125	1·00028	0·99382	0·92239	5·00466	1·00093
Bilans		N	+ 0 52325	+ 0·24401	+ 0·58[illegible]41	+ 0·83231	— 0 66499	+ 1·52968	+ 0·30593
		P_2O_5	+ 1·54969	+ 1·13221	+ 1·22129	+ 1·16829	+ 0 94039	+ 6·01197	+ 1·20239
		CaO	— 0·01701	— 0·05134	+ 0·00963	+ 0·01609	+ 0·08752	+ 0·04493	+ 0 00898

Tablica IV.

D a t a			5 stycznia	6 stycznia	7 stycznia	8 stycznia	9 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			48·2 kg.	48·0 kg.	47·6 kg.	47·5 kg.	47·2 kg.		
Ilość wprowadzonego		N	16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	82·39700	16·47940
		P_2O_5	4·14969	4·14969	4 14969	4·14969	4·14969	20·74845	4·14969
		CaO	1·00991	1·00991	1 00991	1·00991	1·00991	5·04955	1·00991
Ilość moczu			1290	1175	1030	950	1045	5490	1098
Ciężar właściwy moczu			1 02400	1·02500	1·02200	1·03000	1·02600	—	1·02540
Ilość wydzielonego	N	w moczu	15·85668	15·46237	13·27580	15·73300	15·59881	75·92666	15·18533
		w kale	1·21281	1·21281	1·21281	1·21281	1 21281	6 06408	1·21281
		razem	17·06949	16·67518	14·48861	16 94581	16·81162	81·99074	16·39814
	kwas moczowy		0·82560	0·78280	0·83430	1·18750	1·12750	4·75770	0·95154
	P_2O_5	w moczu	2·55420	2·15000	1·95700	1·85300	2·38800	10 90220	2·18044
		w kale	1·15660	1 15660	1·15660	1·15660	1·15660	5·78360	1·15660
		razem	3·71080	3·30660	3·11360	2 90960	3 54460	16·68520	3·33700
	CaO	w moczu	0 26935	0·18146	0 11948	0·17941	0·20252	0·95222	0·19044
		w kale	0·97431	0·97431	0·97431	0 97431	0·97431	4·87156	0 97431
		razem	1·24366	1·15577	1·09379	1 15372	1·17683	5·82378	1·16475
Bilans		N	— 0·59009	— 0·19578	+ 1·99079	— 0·46641	— 0·33222	+ 0·40626	+ 0·08125
		P_2O_5	+ 0·43789	+ 0 84309	+ 1 03609	+ 1·24009	+ 0·60509	+ 4·06325	+ 0 81265
		CaO	— 0·23375	— 0·14586	— 0·08388	— 0 14381	— 0·16692	— 0·77415	— 0·15483

Przyczyna różnic, a nawet sprzeczności w wynikach leży w pewnej części w tem, że wiele oznaczeń uskuteczniano tylko w moczu chorych, nie uwzględniając zupełnie kału, w pewnej zaś części jest następstwem różnego stanu chorych i różnych warunków odżywiania. Uwzględnić także trzeba i tę okoliczność, że, jak w każdej chorobie przewlekłej, tak i w rozmiękczeniu kości przydarzają się wcale znaczne wahania nasilenia sprawy chorobowej, że w przebiegu jej nastają okresy poprawy lub pogorszenia, dłuższe lub krótsze; stan chwilowy nie może być bez wpływu na tok przemiany pierwiastków. Naturalny ztąd wniosek, że badania przeprowadzać trzeba okresowo przez dłuższy przeciąg czasu, przynajmniej przez kilka tygodni, że uwzględniać należy jakość, skład i wartość odżywczą podawanych chorym pokarmów, że bezwarunkowo obok rozbiorów moczu z równą miarą uwzględniać należy rozbiory kału.

W myśl powyższych uwag postępowałem przy moich oznaczeniach, mających za cel poznanie przemiany materyi odnośnie do fosforu, wapna i azotu.

Azot oznaczałem metodą K j e l d a h l a, fosfor metodą miareczkową (azotanem urowym), jako P_2O_5, wapno metodą wagową, jako CaO.

Mocz rozbierano codziennie. Kał zbierano razem z całego okresu, przyczem dla otrzymania właściwej ilości kału podawano chorym przed rozpoczęciem i po skończeniu doświadczenia sproszkowany węgiel drzewny.

Wstęp do doświadczeń stanowił rozbiór surowych po-

Tablica V.

D a t a			14 stycznia	15 stycznia	16 stycznia	17 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			47·2 kg.	47·2 kg.	47·3 kg.	47·4 kg.		
Ilość wprowadzonego		N	16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	65·91760	16·47940
		P_2O_5	4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	16·59898	4 14969
		CaO	1·00991	1·00991	1·00991	1 00991	4·03967	1·00991
Ilość moczu			1150	1235	1105	1180	4660	1165
Ciężar właściwy moczu			1·02450	1·02300	1·02450	1·02400	—	1 02400
Ilość wydzielonego	N	w moczu	15·39970	14·52008	15·63177	15·46518	61·01675	15·25418
		w kale	0 95522	0·95522	0·95522	0 95522	3·82088	0·95522
		razem	16·35492	15·47530	16 58699	16·42040	64·83763	16 20938
	kwas moczowy		0 94660	0·98870	1·03425	1·00890	3·97845	0·99461
	P_2O_5	w moczu	2·51748	2·48530	2·36507	2·49570	9·86355	2·46588
		w kale	1·54925	1·54925	1·54925	1·54925	6·19703	1·54925
		razem	4·06673	4·03455	3 91432	4·04495	16·06058	4·01514
	CaO	w moczu	0·12144	0·09509	0·13425	0·15803	0·50881	0·12720
		w kale	1·25211	1·25211	1·25211	1·25211	5 00840	1·25211
		razem	1·37355	1·34720	1·38636	1·41014	5·51727	1 37931
Bilans		N	+ 0·12447	+ 1·00409	— 0·10759	+ 0·05899	+ 1·08998	+ 0·27499
		P_2O_5	+ 0·08295	+ 0·11533	+ 0·23536	+ 0 10473	+ 0·53839	+ 0·13459
		CaO	— 0·36363	— 0·33728	— 0·37644	— 0·40022	— 1·47759	— 0·36939

karmów w kierunku zawartości azotu, fosforu i wapna. Średnie odsetkowe liczby, uzyskane z kilku doświadczeń, są następujące:

	N	P_2O_5	CaO
Bifsztyk . .	3·2719%	0·4675%	0·032994%
Bułka . . .	1·349%	0·68571%	0·1355%
Cielęcina . .	3·18208%	0·40324%	0·0192%
Cukier . . .	—	0·0784%	0·009176%
Groch . . .	3·6208%	0·9654%	0·1325%
Herbata . .	—	—	0·01918%
Jaja	2·00940%	1·32414%	0·22602%
Kleik owsiany	0·07%	0·02705%	0·009333%
Masło . . .	0·13712%	0·0808%	0·02107%
Mleko . . .	0·4508%	0·196%	0·1527%
Rosół . . .	0·112%	0·085%	0·023375%
Ryż	1·1104%	0·24156%	0·01458%
Sago . . .	0·15202%	0·2841%	0·0145%
Szynka . . .	3·277%	0·6987%	0·05952%

Według przytoczonych powyżej odsetkowych liczb oznaczano ilość azotu, fosforu i wapna, zawartych w pożywieniu, podawanem chorym.

Wartość odżywczą pokarmów, przedstawianą przez tłuszcz i węglowodany, określano na podstawie znanych zestawień Königa, mnożąc ilość gramów tłuszczu przez 9·3, ilość zaś gramów węglowodanów przez 4·1; białko określano na podstawie własnych oznaczeń, przyjmując $6^1/_4$-krotny iloczyn azotu pokarmów jako ilość zawartego w nich białka; ilość ta, pomnożona przez 4·1, dawała wartość odżywczą białka.

Przedmiotem badania były dwie chore kliniczne. U pierwszej z nich wykonano 5 okresowych oznaczeń, u drugiej 4 oznaczenia. U pierwszej chorej podawano w okresie 1-szym dyetę mięszaną ze znaczną ilością azotu i fosforu, w 2-gim dyetę wyłącznie roślinną z małą ilością azotu, średnią fosforu, a stosunkowo znaczną wapna, w 3-cim, 4-tym i 5-tym dyetę mięszaną w składzie, w jakim przy obecnym naszym sposobie żywienia się pokarmy zazwyczaj bywają spożywane. W 2-gim przypadku podawano w okresie 1-szym dyetę prawie wyłącznie mięsną ze średnią ilością azotu i fosforu, a z małą ilością wapna; w okresie 2-gim, 3-cim i 4-tym dyetę mięszaną, o tym samym składzie, co u pierwszej chorej. W ostatnim okresie zażywały chore kołaczyki jajnikowe wyrobu angielskiego, firmy Borough i Welcomme, zawierające po 0·25 grm. istoty jajnikowej, w ilości 6—9 kołaczyków dziennie.

Po tych uwagach przejść możemy do streszczenia doświadczeń.

Tablica VI.

Data			8 grudnia	9 grudnia	10 grudnia	11 grudnia	12 grudnia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			41·0 kg.	40·8 kg.	40·7 kg.	40·9 kg.	40·8 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		17·05239	17·05239	17·05239	17·05239	17·05239	85·26195	17·05239
	P_2O_5		3·72454	3·72454	3·72454	3·72454	3·72454	18·62270	3·72454
	CaO		0·53672	0·53672	0·53672	0·53672	0·53672	2·68363	0·53672
Ilość moczu ctm.³			1150	1250	1165	1315	1090	5970	1194
Ciężar właśc. moczu			1·02300	1·02100	1·02200	1·02100	1·02250	—	1·02190
Ilość wydzielonego	N	w moczu	14·97500	14·87470	18·41800	15·06266	14·60580	77·93616	15·58723
		w kale	1·15924	1·15924	1·15924	1·15924	1·15924	5·79623	1·15924
		razem	16·13424	16·03394	19·57724	16·22190	15·76504	83·73239	16·74645
	kwas moczowy		0·99555	1·07940	1·09902	0·99502	0·98338	5·15298	1·03059
	P_2O_5	w moczu	1·84000	2·07500	1·91060	1·98320	1·86350	9·67230	1·93446
		w kale	1·45926	1·45926	1·45926	1·45926	1·45926	7·29630	1·45926
		razem	3·29926	3·53426	3·36986	3·44246	3·32276	16·96860	3·38372
	CaO	w moczu	0·18405	0·19870	0·19106	0·19850	0·17636	0·95367	0·19073
		w kale	0·57184	0·57184	0·57184	0·57184	0·57184	2·85920	0·57184
		razem	0·75589	0·77054	0·76290	0·77034	0·74820	3·81287	0·76257
Bilans	N		+ 0·91815	+ 1·01845	— 2·52485	+ 0·83049	+ 1·28735	+ 1·52964	+ 0·30591
	P_2O_5		+ 0·42528	+ 0·19028	+ 0·35468	+ 0·28208	+ 0·40178	+ 1·65410	+ 0·34082
	CaO		— 0·21917	— 0·23382	— 0·22618	— 0·23362	— 0·21148	— 1·12924	— 0·22584

Tablica VII.

Data			15 grudnia	16 grudnia	17 grudnia	18 grudnia	19 grudnia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			40·6 kg.	40·8 kg.	40·7 kg.	41·0 kg.	41·0 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	81·72625	16·34525
	P_2O_5		4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	20.44652	4·08930
	CaO		1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	5·03135	1·00627
Ilość moczu ctm.³			1223	1355	1160	1380	1200	6318	1263
Ciężar właść. moczu			1·02100	1·02100	1·02000	1·01900	1·02000	—	1·02020
Ilość wydzielonego	N	w moczu	14·90178	16·22076	14·77160	14·80376	14·29342	74·99132	14·99806
		w kale	1·33292	1·35292	1·33292	1·33292	1·33292	6·66463	1·33292
		razem	16·23470	17·55368	16·10452	16·13668	15·62634	81·65595	16·33119
	kwas moczowy		0·95394	0·59620	0·56844	0·71760	0·80320	3·63938	0·72787
	P_2O_5	w moczu	1·71220	1·97830	1·48680	1·73880	1·82650	8·74260	1·74852
		w kale	2·20148	2·20148	2·20148	2·20148	2·20148	11·00740	2·20148
		razem	3·91368	4·17978	3·68828	3·94028	4·02798	19·75000	3·95001
	CaO	w moczu	0·11622	0·17073	0·18468	0·13524	0·15735	0·76423	0·15184
		w kale	1·28326	1·28326	1·28326	1·28326	1·28316	6·41630	1·28326
		razem	1·39948	1·45399	1·46794	1·41850	1·44061	7·18053	1·43610
Bilans	N		+ 0·11065	— 1·20843	+ 0·22073	+ 0·20867	+ 0·71891	+ 0·07030	+ 0·01406
	P_2O_5		+ 0·17562	— 0·09048	+ 0·40102	+ 0·14902	+ 0·06132	+ 0·69644	+ 0·13928
	CaO		— 0·39321	— 0·44772	— 0·46167	— 0·41223	— 0·43434	— 2·14917	— 0·42983

Przypadek 1-szy. Jędrzejowska Marya, lat 41, wyrobnica z Choczni. Rodziła 6 razy. Choroba ma trwać od lat 5-ciu; postęp jej dość wolny, okresy poprawy i pogorszenia pojawiają się naprzemian. Po raz pierwszy przebywała w klinice w r. 1900 od 19/4 do 17/5, chodzić wtenczas mogła o własnych siłach. Po wyjściu z kliniki, w domu, a następnie w szpitalu, czuła się znacznie gorzej. W chwili powtórnego przyjęcia do kliniki 3/1 1901 r. zupełnie chodzić nie mogła, pobyt jej przeciągnął się wtedy do 27/7. Leczenie polegało na podawaniu fosforanu sodowego, syrupu Dra Eggera i wodnika chloralu. Osiągnięto poprawę znaczną, tak, że chora znowu o własnych siłach chodzić mogła. Wkrótce po wyjściu chorej z kliniki nowe pogorszenie. Po raz trzeci wstąpiła chora do kliniki 15/10 1902 r. Z początku z trudnością i tylko przy pomocy laski utrzymać się mogła na nogach; po kilku tygodniach stan poprawił się o tyle, że chora, opierając się o łóżka, przechodzić się może po sali. Leków nie podawano żadnych.

Okres 1-szy. *Dyeta mieszana:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 gr. cukru, 50 grm. bułki, 150 grm. szynki. Drugie śniadanie: jedno jajo na miękko (35 grm.), 55 gr. bułki, 5 gr. masła. Obiad: 300 ctl. rosołu, 150 gr. bifsztyku surowego, usmażonego na 20 grm. masła, 50 gr. ryżu, ugotowanego z 200 ctl. mleka. Podwieczorek: dwa jaja na miękko (70 grm.), 50 grm. bułki. Kolacya: 150 grm. surowej cielęciny, usmażonej na 20 grm. masła, 50 grm. bułki. Do osolenia pokarmów używano po 10 grm. NaCl. Chora dostawała dziennie po 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka	124·23 grm.	509·425 kaloryi
Tłuszczu . . .	67·18 „	624·774 „
Węglowodanów .	140·7 „	576·870 „
Razem . .		1711·069 „ (Vide Tab. I.)

Okres 2-gi. *Dyeta roślinna:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 100 ctl. mleka, 10 grm. cukru, 100 grm. bułki, 10 grm. masła. Drugie śniadanie: dwa jaja na miękko (75 grm.), 50 grm. bułki. Obiad: 250 ctl. kleiku owsianego z 10 grm. masła, 50 grm. grochu, ugotowanego na wodzie (200 grm. wody), 50 grm. ryżu, ugotowanego z 200 ctl. wody. Podwieczorek: 300 ctl. herbaty, 50 ctl. mleka, 10 grm. cukru, 100 grm. bułki, 10 grm. masła. Kolacya: 50 grm. sago, ugotowanego na 200 ctl. mleka. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl.; chora dostawała dziennie po 500 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka	55·322 grm.	= 226·826 kaloryi
Tłuszczu . . .	32·40 „	= 301·32 „
Węglowodanów .	230·61 „	= 945·501 „
Razem . .		1473·647 „ (Vide Tab. II.)

Okres 3-ci. *Dyeta mieszana:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 gm. cukru, 100 grm. szynki, 50 grm. bułki. Obiad: 300 ctl. rosołu, 150 grm. bifsztyku surowego, usmażonego na 20 grm. masła, 100 grm. ryżu, ugotowanego z 200 grm. mleka, 10 grm. cukru, 25 grm. bułki. Podwieczorek: 100 ctl. mleka, 25 grm. bułki. Kolacya: 150 grm. cielęciny, usmażonej z 20 grm. masła, 50 grm. bułki. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl. Chora dostawała codziennie 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka	103·01 grm.	= 410·3 kaloryi
Tłuszczu . . .	51·76 „	= 481·36 „
Węglowodanów .	177·8 „	= 725·7 „
Razem . .		1617·068 „ Vide Tab. III.

Okres 4-ty. *Dyeta mieszana:* o tym samym składzie co w okresie trzecim. (Vide Tab. VI.)

Okres 5-ty. *Dyeta mieszana* o tym samym składzie, co w okresie trzecim i czwartym. Od 10 stycznia do 14 stycznia dostawała chora po 9 kołaczyków jajnikowych dziennie, od 14 stycznia do końca okresu po 6 kołaczyków dziennie. (Vide Tab. V.)

Przypadek 2-gi. Pawlina Aniela, lat 20, wyrobnica z Chubenic. Nie rodziła. (virgo intacta). Choroba ma trwać od jesieni 1899 r. Postęp choroby wolny, przebieg dość łagodny, zdarzają się okresy poprawy i pogorszenia. Po raz pierwszy przebywała w klinice w r. 1901, od 8 maja do 30 lipca. Leczenie polegało na podawaniu salicylanu sodowego, aspiryny, fosforanu sodowego i chloralu. Osiągnięto poprawę dość znaczną. Wkrótce po wyjściu z kliniki pogorszenie. Przyjęta została powtórnie 25 listopada 1901 r. Chodzić może z trudnością o własnych siłach, chód kaczkowaty. W czasie obecnego przebywania chorej w klinice znaczniejszej poprawy zauważyć nie można.

Okres 1-szy. (Vide Tab. VI). *Dyeta mięsna:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 grm. cukru, 50 grm. bułki, 150 grm. szynki, 20 grm. masła. Obiad: 300 ctl. rosołu, 150 grm. surowego bifsztyku, usmażonego na 20 grm. masła, 25 grm. bułki, 10 grm. masła. Podwieczorek: 300 ctl. herbaty, 10 grm. cukru, 50 grm. szynki, 46 grm. bułki, 10 grm. masła. Kolacya: 150 grm. cielęciny, usmażonej na 20 grm. masła. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl. Chora dostawała dziennie po 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka . . .	114·684 grm.	= 470·204 kaloryi
Tłuszczu . .	90·2 „	= 838·86 „
Węglowodanów	40·56 „	= 166·296 „
Razem . .		1475·160 „

Okres 2-gi. (Vide Tab. VII). *Dyeta mieszana:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 grm. cukru, 100 grm. szynki, 50 grm. bułki. Obiad: 300 grm. rosołu, 150 grm. bifsztyku, usmażonego na 20 grm. masła, 75 grm. ryżu, ugotowanego z 200 ctl. mleka, 10 grm. cukru, 25 grm. bułki. Podwieczorek: 100 ctl. mleka, 25 grm. bułki. Kolacya: 150 grm. cielęciny, usmażonej na 20 grm. masła, 50 grm. bułki. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl. Chora dostawała dziennie po 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka . . .	101·968 grm.	= 418·068 kaloryi
Tłuszczu . .	51·450 „	= 478·485 „
Węglowodanów	158·300 „	= 649·030 „
Razem . .		1519·557 „

Tablica VIII.

Data			5 stycznia	6 stycznia	7 stycznia	8 stycznia	9 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			43·0 kg.	42·8 kg.	43·0 kg.	42·9 kg.	42·9 kg.		
Ilość wprowadzonego		N	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	81·72625	16·34525
		P_2O_5	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	20·44652	4·08930
		CaO	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	5·03135	1·00627
Ilość moczu ctm.³			1225	1075	1205	1345	1575	6425	1285
Ciężar właść. moczu			1·01800	1·02000	1·02400	1·02200	1·02100	—	1·02100
Ilość wydzielonego	N	moczu	13·44560	13·25050	16·55700	16·11062	15·64880	75·01172	16·00234
		w kale	1·41039	1·41039	1·41039	1·41039	1·41039	7·05197	1·41039
		razem	14·85599	14·66089	17·96739	17·52101	17·05919	82·06549	16·41309
	kwas moczowy		0·69212	0·64500	1·25320	0·90110	1·07887	4·57030	0·91406
	P_2O_5	w moczu	1·64250	1·54262	2·16900	2·15200	2·23650	9·74362	1·94852
		w kale	1·18921	1·18921	1·18921	1·18921	1·18921	5·94604	1·18921
		razem	2·83171	2·73184	3·35821	3·34121	3·42571	15·68867	3·13773
	CaO	w moczu	0·15043	0·14981	0·09640	0·08966	0·06300	0·54930	0·10986
		w kale	0·83853	0·83853	0·83853	0·83853	0·83853	4·19266	0·83853
		razem	0·98896	0·98834	0·93493	0·92819	0·90153	4·74197	0·94839
Bilans		N	+ 1·48925	+ 1·68435	— 1·62214	— 1·17576	— 0·71394	— 0·35924	— 0·06784
		P_2O_5	+ 1·25758	+ 1·35746	+ 0·73108	+ 0·74808	+ 0·66358	+ 4·74578	+ 0·95157
		CaO	+ 0·01730	+ 0·01792	+ 0·07133	+ 0·07807	+ 0·10473	+ 0·28937	+ 0·05787

Tablica IX.

D a t a			14 stycznia	15 stycznia	16 stycznia	17 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			42·9 kg.	43·0 kg.	43·2 kg.	43·3 kg.		
Ilość wprowadzonego		N	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	55·38400	16·34525
		P_2O_5	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	16·35720	4·08930
		CaO	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	4·02508	1·00627
Ilość moczu ctm.³			1365	1505	1445	1125	5420	1355
Ciężar właściwy moczu			1·02100	1·02000	1·02000	1·02200	—	1·02075
Ilość wydzielonego	N	w moczu	14·98224	15·46538	16·42676	14·11200	60·98638	15·24659
		w kale	1·49639	1·49639	1·49639	1·49639	5·98556	1·49639
		razem	16·47863	16·96177	17·92315	15·60839	66·97194	16·74298
	kwas moczowy		0·66202	1·01150	1·22825	0·64125	5·54304	0·88575
	P_2O_5	w moczu	2·00655	1·83610	1·96520	1·62740	7·43525	1·85881
		w kale	1·40231	1·40231	1·40231	1·40231	5·60924	1·40231
		razem	3·40886	3·23841	3·36751	3·02971	13·04449	3·26112
	CaO	w moczu	0·21672	0·23686	0·06791	0·05276	0·57425	0·14856
		w kale	0·95445	0·95445	0·95445	0·95445	3·81780	0·95445
		razem	1·17117	1·19121	1·02236	1·00721	4·39205	1·09801
Bilans		N	— 0·13338	— 0·61652	— 1·57790	+ 0·33686	— 1·59094	— 0·39773
		P_2O_5	+ 0·68044	+ 0·85089	+ 0·72179	+ 1·05959	+ 3·31272	+ 0·82818
		CaO	— 0·16490	— 0·18494	— 0·01609	— 0·00094	— 0·36697	— 0·09174

O k r e s 3-ci. (Vide Tab. VIII). *Dyeta mieszana*, o tym samym składzie, co w okresie drugim.

O k r e s 4-ty. (Vide Tab. IX). *Dyeta mieszana*, o tym samym składzie, co w okresie drugim i trzecim. Od 10 do 14 stycznia dostawała chora po 9, od 14 stycznia do końca okresu po 6 kołaczyków jajnikowych dziennie. (Dok. nast.)

• • •

II. Szwedzki i niemiecki system gimnastyki wobec fizyologii i higieny.

(Streszczenie wykładu, wygłoszonego w Tow. lekar. lwow. dnia 6 grudnia 1901 r.).

Podał

Dr. Eugeniusz Piasecki.

(Dokończenie).

Jedyną radą na to byłoby, aby p r o g r a m g i m n a s t y k i s z k o l n e j p r z e s t a ł b y ć b l a d e m o d b i c i e m p r o d u k c y j c y r k o w y c h. Szkoła winna różnić się od cyrku zasadniczo, gdyż różne są cele tych dwóch instytucyj.

Tak dzieje się istotnie w Szwecyi. Ćwiczenia zręcznościowe dobrano tu bardzo starannie, unikając szkodliwych działań ubocznych i bacząc na to, aby bezpośrednim wynikiem ćwiczeń tych była zręczność w ruchach, mających zastosowanie w życiu, a nie urojonych, akrobatycznych.

Jak wyglądają sale gimnastyczne szwedzkie i jakie w nich uprawiają się ćwiczenia? Przedewszystkiem muszę zwrócić się przeciw niewiadomo zkąd powstałemu u nas błędnemu przekonaniu, że Szwedzi znają tylko ćwiczenia wolne, oraz że używane u nas ćwiczenia wolne są szwedzkiemi. Jestto rażący błąd. Szwedzi uprawiają ćwiczenia tak wolne, jak na przyrządach, lecz charakter tych ćwiczeń jest odrębny. Praktykowane u nas pod nazwą „szwedzkich“ ćwiczenia są niemieckiemi ćwiczeniami wolnemi i nie mają nic wspólnego ze Szwecyą.

Urządzenie sal w Szwecyi jest tem charakterystyczne, że przyrządy swą konstrukcyą nie dają pola do rozwoju atletyki i akrobatyki; natomiast zaś w odróżnieniu od naszych, dozwalają na wykonywanie ćwiczeń zbiorowo przez wszystkich lub prawie wszystkich uczniów na raz. Najbardziej cechujące przyrządy są: *ribbstol*, drabinka pionowa, której szczeble ciągną się nieprzerwanie wzdłuż całych ścian sali w małej odległości od muru, dając wszystkim naraz uczniom punkt oparcia dla nóg lub rąk w dowolnej wysokości; *bom*, stanowiący *pendant* do naszego drążka, lecz zupełnie gruby i drewniany, dozwalający na ćwiczenia w zwieszeniu, lecz nie na karkołomne sztuczki; podczas wolnych ćwiczeń jest on ukryty pod podłogą; *bänk*, niska długa ławeczka przenośna, nieoceniona dla ćwiczeń mięśni grzbietowych i brzusznych. Przyrządy te mogą być w jednej chwili ustawione lub usunięte, co stanowi ogromną zaletę w porównaniu z niemieckimi.

Zbiorowy charakter ćwiczeń szwedzkich jest higienicznie i wychowawczo dogodny. Większą część lekcyi gimnastyki niemieckiej wypełnia czekanie bezczynne na swą kolej. Nauczyciel wynagradza to natężeniem samych ćwiczeń, przez co otrzymuje się szereg wielkich wysiłków, naprzemian z zupełną bezczynnością. Natomiast w Szwecyi nauczyciel panuje zupełnie nad obrazem lekcyi, modyfikuje natężenie ćwiczeń stosownie do zasad higieny, zupełne zaś spoczynki zarządza w razie potrzeby.

Nadto ćwiczenia wspólne tracą charakter popisu jednostek. Nie ma wykonawców i widzów i wszyscy pracują dla wspólnego celu.

Co do i s t o t y ć w i c z e ń szwedzkich, to przedewszystkiem uderza w porównaniu z systemem niemieckim ogromna p r z e w a g a ć w i c z e ń o wybitnym charakterze h i g i e n i c z n y m oraz e s t e t y c z n y m. Cały szereg znakomicie obmyślanych ćwiczeń ma za cel p r o s t o w a n i e k r ę g o s ł u p a i ustalenie barków ku tyłowi, a przez to wspomaganie rozwoju klatki piersiowej i narządów w niej zawartych. Należą tu między wieloma innemi forsowne nachylenie wstecz w postawie stojącej, wykonywane, jak większość ćwiczeń szwedzkich, bardzo powoli, z tem większą jednak energią i dokładnością. Równie energicznie choć w odmienny sposób działa inne ćwiczenie, wykonywane zwykle na ławeczce (*bänk*) lub na ławkach szkolnych. Uczeń kładzie się napoprzek ławki, opierając na niej tylko górną część ud; tułów zwisa wolno. Teraz następuje wznoszenie tułowia w górę siłą mięśni grzbietnych, połączone z rozszerzaniem klatki piersiowej (głębokie wdechy).

Te i tym podobne ćwiczenia prostujące stanowią integralną część składową każdej lekcyi szwedzkiej. Im to należy przypisać fakt stwierdzony przez wszystkich znawców

zwiedzających Szwecyę (jak Mosso, Démeny, Schmidt), że młodzież tamtejsza ma daleko piękniejszą postawę, niż młodzież kontynentu. Ćwiczenia systemu niemieckiego, któreby można uważać za prostujące, nie spełniają warunków racyonalnego postępowania prostującego. Nachylenia kręgosłupa wstecz nie dotyczą nawet zwykle jego górnej części, tylko zwiększają wygięcie ku przodowi części lędźwiowej. Nadto wychylenie ku tyłowi nie jest dość wielkie; skurcz mięśni grzbietnych nie jest długotrwały, a przy staraniach o uzyskanie dobrej postawy koniecznem jest ćwiczenie w trwałych skurczach. Nie dziwiło mię też wcale, gdy widziałem w Niemczech młodzież muskularniejszą, lecz o postawie nie lepszej od naszej młodzieży, mimo pilnie uprawianej gimnastyki. Zły dobór ćwiczeń prostujących, brak częstego stosowania ich, oraz obfitość ćwiczeń zniekształtniających, psujących postawę, tłómaczą to zjawisko aż nadto dobrze.

Ćwiczeniom zniekształtniającym gimnastyki kontynentu poświęca Lagrange (l. c.) cały rozdział swej znakomitej książki. Tu wspomnę tylko, że większość ulubionych ćwiczeń na drążku i poręczach, kółkach itd. ma wybitne działanie zniekształtniające, zniewalając do pozostawania przez czas dłuższy lub krótszy w postawach nieprawidłowych, skulonych.

Do zalet systemu szwedzkiego musimy też zaliczyć sposób, w jaki Szwedzi metodycznie wyrabiają mięśnie brzuszne. Poprzednio już przy torsownych nachyleniach wstecz mieliśmy przykład ćwiczenia, gdzie czynne były mięśnie powłok brzusznych. Drugim przykładem jest ćwiczenie, będące *pendant* do opisanego już wznoszenia tułowia w położeniu na poprzek ławeczki. Gdy tam jednak były czynne mięśnie grzbietu, tu Szwedzi siedząc na ławeczce przechylają się w tył i siłą mięśni brzusznych wracają do pozycyi siedzącej.

System niemiecki, wbrew niesłusznemu zarzutowi A. Mosso, posiada wiele ćwiczeń mięśni brzusznych. Są to jednak przeważnie ćwiczenia o szkodliwych działaniach ubocznych, psujące postawę, kongestyonujące lub karkołomne (n. p. wiele ewolucyi na drążku itp.).

Co do ruchów kończyn znamienną cechą szwedzkiego systemu jest pierwszeństwo, jakie on oddaje ćwiczeniu mięśni wyprostnych nad zginaczami. Jak słusznie obserwował Ling młodszy i spostrzeżenia swe ucieleśnił w szeregu szkiców, który oglądałem w „Gymnastiska Central-institutet“ w Stokholmie, większą część naszego siedzącego i gnuśnego życia przebywamy w pozycyach, znamionujących się zgięciem członków we wszystkich prawie stawach. Temu zniekształtniającemu działaniu postaw spoczynkowych, znużennych, ma przeciwdziałać gimnastyka.

System niemiecki, bezwiednie jak się zdaje, zmierza w kierunku wprost przeciwnym. W ćwiczeniach przewagę mają raczej mięśnie zginające. Dobrze wyrobiony m. dwugłowy ramienia jest główną chlubą gimnastyka; z powodu przykurczenia nadmiernie ćwiczonych zginaczy, zupełne wyprostowanie kończyn bywa u typowych gimnastyków niemożliwem.

Wynikiem tego jest ogromna różnica we wrażeniu, jakie czyni przy ruchach zwykłych na ulicy, gimnastyk szwedzki w porównaniu z niemieckim. Pierwszy od razu uderza swą smukłą, prostą postawą i wykwintnością ruchów, drugi wydaje się często ociężałym i niezgrabnym i dopiero przesadzony na swój teren właściwy, lecz sztuczny, do sali gimnastycznej, wzbudza podziw ewolucyami na drążku itd.

Różnica ta jest tem większą, iż jak przyznaje nawet Niemiec F. A. Schmidt,[8]) Szwedzi daleko lepsze osięgają wyniki w dziedzinie precyzyi, poprawności ruchów. Dzieje się to głównie dzięki ich zamiłowaniu do powolnego rytmu ćwiczeń, przy którym jest możliwą kontrola ścisła dokładności ruchu tak ze strony ucznia, jak nauczyciela. Energia ćwiczeń nic na tem nie traci. Co Niemcy osięgają potęgowaniem trudności samego ruchu przy szybkiem tempie, to uzyskują Szwedzi przez długie trwanie wysiłku.

Od istoty ćwiczeń przejdźmy do ich ugrupowania w system. I tu olbrzymia różnica między Szwecyą a kontynentem. P. H. Ling odbył poważne studya anatomiczne; to samo czynią wszyscy adepci jego systemu po dziśdzień w prosektoryum Instytutu centralnego. Odwieczna też systematyka ćwiczeń szwedzkich jest tak trafną, że dziś nie można jej nic zarzucić ze stanowiska naukowego. Podział ćwiczeń bierze za podstawę mięśnie czynne przy tych ćwiczeniach, oraz działanie ich na ustrój. Przeciwnie systematyka niemiecka jest podobnie dziecinną, jak podział roślin według... barwy kwiatów. Czysto zewnętrzne cechy służą tu za podstawę; bywa n. p. nieraz rozstrzygającem używanie tego lub owego przyrządu, kierunek ruchu lub t. p.

Ten brak naukowego podziału ćwiczeń jest powodem dla którego tak poszczególna lekcya, jak cały plan nauki gimnastyki według rzekomego systemu Jahna, przedstawia najzupełniejszy chaos z fizyologicznego punktu widzenia. Nauczyciel gimnastyki uczy się przez lichą systematykę ćwiczeń myśleć i operować kategoryami, nic nie mającemi wspólnego z ustrojem ludzkim, jego budową i funkcyami. Ztąd niemożność porozumienia się między gimnastykiem-zawodowcem, a lekarzem lub fizyologiem. Myślą oni zupełnie odmiennemi pojęciami, a to jest gorsze, niż gdyby mówili różnymi językami.

Racyonalność szwedzkiego systemu jest natomiast widoczna już z przebiegu każdej lekcyi[9]). Początek i koniec lekcyi, oraz następstwo ćwiczeń po sobie, wszystko to są rzeczy metodycznie obmyślane, zgodnie z zasadami fizyologii i higieny. Wszystkie ważniejsze grupy fizyologiczne ruchów są zastąpione w każdej lekcyi, która w ten sposób daje zupełny cykl ruchów, działających wszechstronnie na ustrój.

Gdy dodam, że Szwedzi rozporządzając tym samym czasem, co Niemcy, (trzema godzinami tygodniowo), rozrządzają nim higieniczniej, dając zamiast trzech lekcyi całogodzinnych, codziennie pół godz. gimnastyki; że zamiast słabowitych i ułomnych uwalniać od ćwiczeń jak u nas, tworzą z nich osobne oddziały, gimnastykujące się stosownie do rozpoznania lekarskiego pod okiem nauczyciela, obeznanego z gimnastyką leczniczą; że wspominany już Instytut centralny w Stokholmie jest w sprawie kształcenia nauczycieli niedoścignionym wzorem, pobieżne to porównanie obu systemów gimnastyki zupełnie wyraźnie na całej linii wychodzi na korzyść gimnastyki szwedzkiej.

[8]) F. A. Schmidt: Die Gymnastik an den schwedischen Volksschulen. 1899.

[9]) Graficzne przedstawienie przebiegu lekcyi daje Démeny w znakomitem dziełku: »L'éducation physique en Suède.«

Wspomniałem już, że nie mogę wdawać się w szczegóły. Interesujących się tym przedmiotem odsyłam do rozprawy obszerniejszej, której druk właśnie rozpoczął się w „Muzeum“[10]. Tu tylko wspomnę, że przy wniknięciu w najdrobniejsze szczegóły dochodzimy do tychsamych wyników, świadczących o wyższości metody szwedzkiej, co przy rozważaniu sprawy ze stanowiska ogólnego.

Wynika ztąd niemożebność obrania osławionego „złotego środka“, — utworzenia systemu mięszanego. Wszystkie różnice obu metod wychodzą na niekorzyść niemieckiej, musi więc system Linga być podwaliną, na której możemy budować gmach gimnastyki przyszłości.

III. O wrodzonym wadliwym rozwoju narządów płciowych męzkich, powikłanym z histeryą.

I. Zanik prącia, jąder i moszny. II. Brak jądra prawego, lewostronne śródpowłoczne zatrzymanie jądra lewego w przewodzie pachwinowym *(retentio inguinalis integumentalis)* i brak zupełny moszny.

Podał

Dr. Stanisław Szuman.

(Dokończenie).

Przypadki wadliwego rozwoju narządu płciowego, spostrzegane przezemnie, były następujące:

Spostrzeżenie I. Pacyent, wojskowy z zawodu, liczy lat 42. Ojciec jego, który przez cały szereg lat cierpiał na świerzbiączkę, zmarł z duru brzusznego. Z dziesięciorga rodzeństwa troje zmarło z chorob wieku dziecięcego, dwoje z przyczyn, pacyentowi nieznanych. Kilkoro cierpi na świerzbiączkę. Dwoje, urodzonych z drugiego małżeństwa matki, cierpi także na tę samą chorobę, której od dzieciństwa ulega i pacyent. Początkowo zajmowała ona skórę całego ciała i odbierała sen. Obecnie doznaje chory silnego bardzo swędzenia, zwłaszcza po wewnętrznej stronie ud, podudź i przedramion; występuje ono silniej w porze letniej, przy wzmagającej się ciepłocie, zwłaszcza w pościeli. Pacyent jest od dzieciństwa nadmiernie drażliwy, wrażliwy i namiętny. Właściwości te spotęgowały się bardzo w ostatnim czasie. Prócz tego skarży się chory na zajęcie głowy, silną nużliwość fizyczną i psychiczna, rozstrzelenie uwagi, niepokój wewnętrzny i nagłe zmiany nastroju uczuciowego, znaczące się gwałtownymi wybuchami namiętności i wzruszeń, które wywołuje lada drobnostka. Odnośnie do zmian tego nastroju jak to sam pacyent podaje i dziedzina jego woli okazuje silne wahania, co cechuje się bądź chwilowo wzmożoną, bądź też osłabioną energią i przedsiębiorczością. Przez pewien czas oddawał się chory z namiętnością pijaństwu i karciarstwu.

Wynik badania: Chory wzrostu słusznego, budowy średniej. Umięśnienie mierne, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Policzki i skóra ciała mają zabarwienie żółtawopłowe; widzialne błony śluzowe zabarwione blado-różowo. Objawy drapania liczne, zwłaszcza na wewnętrznej stronie ud, podudź i przedramion. Wyprysku właściwego nie można było stwierdzić nigdzie. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy, ruchy oczu również prawidłowe. Czynność serca przyspieszona, nierówna, nie przechodząca średniego natężenia. Uderzenia serca i koniuszka sercowego przyśpieszone, nierówne — w granicach prawidłowych. Tony serca tępe i głuche, ale czyste, — średniej siły. Częstość tętna waha się między 80 a 100 na minutę: odpowiednio do tego, czy pacyent znajdował się w równowadze psychofizycznej, czy się natężał, bądźto fizycznie bądźto umysłowo, lub podlegał rozdrażnieniu i wzruszeniu. Mocz zawiera trochę śluzu, lecz wolny jest od składników chorobowych, mianowicie białka i cukru.

Wzmożenie odruchów kolanowych i brzusznych. Znak Rosenbacha. Pędzelkiem, szpilką i prądami elektrycznymi (galwanicznym i faradycznym) daje się stwierdzić znaczne bardzo wzmożenie pobudliwości całej prawej strony ciała. Prącie mierzy mniej więcej połowę objętości i wielkości prawidłowej, jądra okazują zanik obustronny, dochodząc zaledwie do wielkości ziarnka bobu; okalająca je moszna dosięgała zaledwie trzeciej części prawidłowej rozciągłości. Badanie narządu płciowego daje powód choremu do chełpienia się z swej męzkiej siły. Później dowiedziałem się, że pacyent cierpi na zupełne niedołęztwo męzkie. Brak prawie zupełnie uwłosienia na twarzy i w okolicy płciowej.

Umysłowość: Drażliwość i wrażliwość nad wyraz wzmożone; nagłe zmiany tła uczuciowego. Z wymienionymi objawami psychicznymi łączą się rozbieżność uwagi, upór, nieufność, podejrzliwość, chwilami wzmożona poddawczość, zahamowanie inteligencyi i wyobraźni wśród silniejszych wzruszeń i uniesień. Brak ciągłości woli. Akty woli chorego warunkowane są częstokroć gwałtownemi wzruszeniami i namiętnościami Samowiedza nadkresowa okazuje wzmożoną egocentryczność.

Spostrzeżenie II.: Chory, liczący lat 42, jest z zawodu restauratorem. Ojciec jego zmarł z porażenia postępowego, licząc lat 64; matka która cierpiała na otyłość, uległa porażeniu serca w 72 roku życia. Jeden z braci był nałogowym pijakiem, drugi cierpiał na „rozszerzenie“ serca, siostra zmarła w połogu. Chory sam przebył w 12 r. życia dur brzuszny, w 28 ciężkie prawostronne zapalenie płuc; w latach ostatnich cierpiał skutkiem nałogowego pijaństwa na obrzęk wątroby. Od kilku miesięcy skarży się na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, oraz nużliwość fizyczną i psychiczną. Od czasu do czasu popada w gwałtowne wybuchy gniewu i wściekłości. Wybuchy te wywołuje według jego podania głównie nieszczęśliwe pożycie z bezdzietną, cierpiącą na suchoty żoną.

Wynik badania: Silna budowa ciała — (typu jej dotkniemy niżej), — mięśnie miernie rozwinięte. średnia otyłość, słabo rozwinięte wole, błony śluzowe blade. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy, ruchy oczu również prawidłowe. Czynność serca słaba; tony jego nad koniuszkiem i u podstawy głuche i słabe, ale czyste. Pierwszy ton nad tętnicą główną dość silnie zaakcentowany. Uderzenia serca niedostrzegalne i niewyczuwalne; — uderzenia koniuszka sercowego w piątem międzyżebrzu na wewnątrz linii sutkowej słabo wyczuwalne. Kształt serca prawidłowy. Tętno słabe, nierówne, trochę przyspieszone: 80—82 uderzeń na minutę. Tętnica sprychowa tętni nierówno i wahająco co do siły napięcia. Prawostronne powiększenie wątroby. Silnie zaznaczony znak Rosenbacha. Wzmożenie odruchów kolanowych, słabe odruchy brzuszne. Pobudliwość skóry ciała prawostronnie wzmożona. Głowa i kręgi na ucisk niewrażliwe. Mocz wolny od cukru i białka. Brak prawego jądra. Lewe jądro, dochodzące wielkości ziarnka bobu, wyczuć się daje wraz z przyjądrzem w środku wązkiego bardzo kanału pachwinowego, przez którego pierścień zewnętrzny nie podobna przeprowadzić małego palca. Prawy kanał pachwinowy zdaje się być więcej jeszcze zwężonym. Skóra, pokrywająca jego pierścień zewnętrzny, okazuje jeszcze znaczniejsze napięcie, niż lewostronnie. Wśród badania układu płciowego chełpi się pacyent z wzwodu prącia i rzekomej swej siły męzkiej.

Umysłowość: Tło ogólne nastroju uczuciowego pacyenta stanowi zobojętnienie. Z niego wynurzają się od czasu do czasu nagle i gwałtownie, niejako wybuchowo,

[10]) Ćwiczenia metodyczne ciała i rola ich w wychowaniu fizycznem. Muzeum 1902 II. f.

uniesienia gniewu i wściekłości, malujące się na twarzy i cechujące się rysami i postawą ciała, znanymi z dzieł Darwina, Duchennea de Boulogne, C. Langego, i innych. Dołącza się tu jeszcze charakterystyczna intonacya głosu. Wybuchy wspomniane łagodnieją i gubią się pozornie, przechodząc stosunkowo szybko na twarzy w wyraz obojętności; nurtują jednakże długo w duszy chorego, zaznaczając się niechęcią, nienawiścią i mściwością przeciw tym, których obwinia pod wpływem swej egocentryczności o wyrządzenie mu jakiejkolwiekbądź przywidzianej obrazy lub krzywdy. Egocentryczność wymieniona, skojarzona z zarozumiałością, pychą i uporem pacyenta, ustępuje czasowo miejsca wzmożonej poddawczości, miękkości i najzupełniejszej uległości.

Analiza: z wywiadów obu pacyentów wynika, że anomalie narządów płciowych, któremi są dotknięci, należą do wad wrodzonych. Obaj bowiem podają, że narządy te, od dzieciństwa począwszy, nieomal żadnej nie uległy zmianie, a mianowicie w porze pokwitania i w wieku późniejszym nie zaznaczyły się rozwojem cechującym typ męzki. Zapatrywanie to stwierdza jeszcze więcej i ta okoliczność, że obaj pacyenci nie byli nigdy dotknięci jakiemkolwiekbądź schorzeniem innem narządu płciowego, mogącem pociągnąć za sobą w jego rozwoju zastój. Bliższy związek przyczynowy, mianowicie w przypadku pierwszym, jest najzupełniej niedocieczony i nieznany. Pozostaje tu pod tym względem szerokie pole do domysłów bądźto dla tych, którzy skłaniają się do tłómaczenia zaniku prącia, jąder i moszny zmianami przypadkowemi, mającemi miejsce podczas życia środmacicznego płodu, bądźto dla innych, którzy upatrują go w niedokształceniach utworowych samoistnych, idąc za przykładem Birch-Hirschfelda, Cohnheima, Finottiego i innych. Przypadek drugi jest z etyologicznego punktu widzenia jaśniejszy o tyle, że zachodzi w nim niezwykłe zwężenie kanału pachwinowego. Anomalia ta zaś mogła, wraz z niedostatecznym rozwojem jądrowodu, — (rozmaici badacze uważają ten niedorozwój również, jako czynnik etyologiczny w rozumieniu odnośnem) — spowodować, jak przypuszczać można, lewostronne zatrzymanie jądra, a prawostronnie uniemożliwić zstąpienie jego najzupełniej. Zatrzymane jądro lewe (przypadek II.) było prawie zupełnie nieporuszalne tak ku dołowi i ku górze, jak na zewnątrz i na wewnątrz. Przyczyną tej nieporuszalności mogły być prócz wspomnianego zwężenia kanału pachwinowego, sprawy zapalne (por. Kocher *l. c.* 419—422, Strohe *l. c.* 11). Sprawą taką dotknięte było zatrzymane jądro pacyenta drugiego wśród mej obserwacyi. Nagły napad gwałtownego bólu, rozpromieniającego się z okolicy jądra ku jamie brzusznej i lewej stronie lędźwiowej spowodował go do położenia się do łóżka. Badanie wykazało guz napięty, prawie zupełnie nieporuszalny, a na ucisk nad wyraz wrażliwy, przechodzący mniej więcej dwukrotnie pierwotną wielkość jądra, oraz zaczerwienienie pokrywającej go skóry. Poprzednie stwierdzenie jądra w tejże samej okolicy i nagłość zachorzenia spowodowały mię do rozpoznania zapalenia, z wykluczeniem przepukliny, obrzmienia gruczołów chłonnych, oraz dymienicy. Gorące kataplazmy, stosowane przez parę godzin, uwolniły chorego od wszelkich dolegliwości i spowodowały sklęśnięcie zupełne obrzmienia.

Przeciw omówionemu powyżej zwężeniu kanału pachwinowego zdaje się przemawiać na pierwszy rzut oka już samo przebywanie w nim jądra. Niektórzy autorowie, a mianowicie Strohe (*l. c.* 14) twierdzą, że kanał ten bywa zawsze rozszerzony znajdującem się w nim jądrem. Przypadek mój stanowi tu jednakże, jak z poprzednich uwag wynika, wyjątek z tej reguły. Przy małej nad wyraz objętości jądra przyjąć tu można nasamprzód jako czynniki etyologiczne tego zboczenia warunki natury wrodzonej mianowicie niedokształcenie, spowodowane wstrzymanym rozwojem, dalej zaś sprawy zapalne daty późniejszej.

Zwróćmy teraz na chwilę uwagę naszę na typ anatomo-fizyologiczny i psychiczny obu pacyentów. Co do chorego pierwszego, to uderzało u niego, prócz zaniku prącia, jąder i moszny niezwykle słabe uwłosienie twarzy, okolicy płciowej i całego ciała, podczas gdy u drugiego rzucał się w oczy szeroki chód kobiecy, do którego zdawały się przyczyniać rozszerzenie i krótkość miednicy*). Typ psychiczny przedstawiał u pacyentów moich cechy następujące: nastrój uczuciowy charakteryzował się u pierwszego, jak to już podnieśliśmy w krótkości wyżej, niezwykle silnie zaakcentowanemi zmianami swego tła. Zmiany te, charakteryzujące się to gwałtownymi i namiętnymi wybuchami gniewu i wściekłości, to przesadzoną miękkością i czułością, następowały po sobie niejednokrotnie zupełnie bezpośrednio i zdawało się częstokroć, jakoby nie było tu przejść i połączeń żadnych, wiążących z sobą przeciwieństwa nastrojów uczuciowych i wynurzających się z ich zwierciadła wzruszeń i namiętności, jakim podlegał chory. Nagłe te, wywoływane lada drobnostką, falowania tła uczuciowego, przedstawiały się niejednokrotnie, jako istny bezład i zamęt uczuciowy. Od czasu do czasu popadał pacyent w obojętność i przygnębienie. Wtedy gdy ukoiły się wzruszenia i zamilkły na chwilę namiętności, ustępując niejako w polu psychicznem na plan dalszy, usposobienie umysłowe chorego stawało się równiejsze i spokojniejsze.

Do innych zaburzeń przyrody psychicznej należą rozbieżność uwagi, nieufność i podejrzliwość. Podczas gdy inteligencya w ściślejszem tego słowa znaczeniu (przyswajanie wrażeń, kojarzenie wyobrażeń, kombinacya ich, oraz pojmowanie) i czynność wyobraźni okazywały czasowo, mianowicie pod wpływem wzruszeń i namiętnych uniesień, pewne zahamowanie, samowiedza zaznaczała się bądź to nieuzasadnionem krytycznie wzmożeniem, którego najwybitniejszą cechą była egocentryczność, charakteryzująca się przecenianiem siebie i odnoszeniem wszystkiego do siebie, bądź znowu osłabieniem, znajdującem swój wyraz w zwiększonej poddawczości. Akty woli pacyenta kierowane były niejednokrotnie także gwałtownemi wzruszeniami, a więcej jeszcze namiętnościami. Tu należą n. p. wadliwe popędy, jak karciarstwo i pijaństwo, którym przez cały szereg lat oddawał się chory. Dziedzina psychiczna drugiego pacyenta przedstawiała obraz następujący: nastrój jego uczuciowy charakteryzował się więcej obojętnością. Od czasu do czasu tylko występowały na jej tle wspomniane wyżej gwałtowne wybuchy wzruszeń. Upór i egocentryczność, ustępujące czasowo miejsca wzmożonej poddawczości, były właściwościami i jego charakteru. Nie był on wolny i od zboczeń woli. Ale gdy u pierwszego chorego wola się cechowała głównie niestałością i brakiem równowagi, gdy mimo anomalij tych wywalczył on sobie pewne stanowisko, drugi, skutkiem osłabienia woli

*) Z przyczyn łatwo zrozumiałych byłem zmuszony zadowolnić się tu jedynie oględzinami.

i wynikającej z niego ustawicznej niechęci do pracy, zmieniał ciągle swe zajęcia i nie doszedł do niczego w życiu. Pewne znaczenie etyologiczne mogło mieć tu także nałogowe pijaństwo, któremu pacyent przez cały szereg lat podlegał.

Mimowoli narzuca nam się pytanie, czy w przeciwieństwach nastrojów uczuciowych, falowaniach natężenia inteligencyi i wyobraźni, zboczeniach samowiedzy, uwagi i woli, jednem słowem w całym zamęcie zaburzeń, nurtujących w głębi duszy obu pacyentów i powodujących tam ustawiczne wahania równowagi psychicznej, malujące się odpowiednimi rysami, twarzy, oraz przebijające się charakterystycznymi odruchami w postawie ciała, nie uda nam się odnaleźć pewnej ciągłości? czy cały zagmatwany i zawiły zbiór tych objawów nie wiruje około osi stałej, czy nie da się ująć w pewne etyologiczne i patologiczne pojęcia? Jeżeli zwracając się na chwilę w dziedzinę prawidłową czynności i spraw psychicznych, znajdziemy tam, że całe bogactwo pierwiastków tej dziedziny, tak przyrody przedmiotowej jak i podmiotowej, oraz wyższych duchowych wytworów: objawów samowiedzy, inteligencyi, wyobraźni, pamięci, uwagi, wreszcie aktów woli z całą grą i walką jej motywów, z całymi nieprzejrzanymi szeregami w najrozmaitsze strony promieniejących jej dążeń jest w wysokim stopniu warunkowane wrażliwością normalną danego osobnika; jeżeli zważymy dalej, że wrażliwość ta, stanowiąca podstawę uczuć prostych i złożonych, wzruszeń i uniesień, łączy się wśród ustawicznych, nad wyraz subtelnych zmian bądź to bezpośrednio bądź to pośrednio z wszystkimi objawami życia duchowego i biegnąc przez nie mimo tych cieniowań, poniekąd jako melodya ciągła, nadaje im nastrój, kierunek, pewne charakterystyczne znamiona i cel pewien, to szukać będziemy nie bez słuszności w anomaliach wrażliwości obu pacyentów naszych, znaczących się to chorobowem wzmożeniem, to osłabieniem jej, podstawy całego zbioru zaburzeń psychicznych. Tu należy także brak krytycznego różniczkowania wyobrażeń, charakteryzujący się z jednej strony wybujałą egocentrycznością, z drugiej wzmożoną poddawczością. Jeżeli tym sposobem anomalie wrażliwości dotykają chorobowo wszystkich objawów życia duchowego obu naszych pacyentów, wpływając przy osłabieniu władzy tej hamująco na wytwory umysłowe, a mącąc niejako harmonię tonów i ich akordów wzmożeniem jej, to musi i indywidualność chorych psychiczna, biorąca z czynników tych swój początek, przedstawiać w całej istocie swej obraz wahania, osłabienia i spaczenia. Chorobowe te jej nadwerężenia przejawiają się mianowicie przewagą osobistości niższej, znaczącej się mianowicie wyobrażeniami, popędami i dążeniami surowemi i egoistycznemi. Ostatnie te czynniki psychiczne występują w postaci motywów tak silnych, że równoległe wytwory duchowe wyższego rzędu, — wytwory wyższej osobowości, nie są zdolne im stawić czoła. Ale nie tylko siła pierwszych, lecz i wynikające poniekąd z jakościowej istoty ich dane, zapewniają im nad wytworami i motywami duchowymi wyższego rzędu łatwe zwycięztwo. Podczas gdy bowiem dążenia etyczne wyższe, cechujące się kierunkiem, zwróconym ku wzniosłym celom przedmiotowym, wymagają silnego natężenia całej umysłowości, do którego pacyenci nasi są czasowo najzupełniej niezdolni, pociągają ich popędy niższe, łudząc łatwością zadośćuczynienia i dając im nieomal bezpośrednio i prawie bez trudu rodzaj pewnego poziomego zadowolnienia egoistycznego.

Z zaburzeniami wrażliwości łączą się u obu chorych, jeżeli podniesiemy tu jeszcze jeden z najważniejszych fizyologiczno-patologicznych rysów obrazu choroby, zboczenia drażliwości zmysłu ogólnego[7]. Obie anomalie te (wrażliwość i drażliwość), mimo że pierwsza zaznacza się ośrodkowo i dotykając dziedziny psychicznej, jest objawem wyższego rzędu — druga zaś, mając cechy fizyologiczne — przejawem niższego rzędu, zdają się stać w pewnym stosunku i pewnej styczności z sobą i są zarazem pod względem rozpoznawczym o tyle ważne, że należą w natężeniu, szerokości i jakościowych odcieniach do znamion, charakteryzujących pewne postacie histeryi. Jako znamię tego schorzenia przyrody więcej określonej uważają niektórzy autorowie i niedorozwój narządów płciowych, mianowicie u osobników obciążonych dziedzicznie, podnosząc tu zarazem i czynniki etyologiczne tak natury patologiczno-fizyologicznej: n. p. dopływanie bodźców nieprawidłowych ze strony niedokształconych narządów płciowych do ośrodków nerwowych, oraz zboczenia odruchowe układu tego, jak i objawy i cechy przyrody więcej psychicznej, o których mówiliśmy już powyżej.

Uznając do pewnego stopnia ważność tych spostrzeżeń i opierających się na nich przypuszczeń i teoryj, zaznaczyć musimy przecież, że wszystkie te dane i cały zbiór innych, służący ku oznaczeniu histeryi, gubią się poniekąd jako promienie rozstrzelone światła w bogatym kalejdoskopie jej obrazów, nie oświetlając dostatecznie ich rysów i szczegółów, nie objaśniając dokładniej ich związku ze sobą i nie pozwalając rozgraniczyć i określić ich bliżej, a tem samem ująć ich w pewien ład i porządek.

Piśmiennictwo. 1) C. Weil: Über den Descensus testiculorum nebst Bemerkungen über die Entwicklung der Scheidenhäute und des Scrotums. Leipzig u. Prag 1885. 2) Th. Kocher: Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen, des Nebenhodens, Samenstranges und der Samenblasen. Im Handbuch der allgem. u. spec. Chirurgie von Dr. v. Pitha u. Dr. Billroth Stuttgart 1871—1875. 3) Podrazki: Die Krankheiten des Penis u der Harnblase. *Ibidem.* 4) L. Strohe: Über Hodenectopie. Leipzig 1900 5) Albert: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 6) Englisch: Hoden Artikel in der Realencyclopädie d. gesamnten Heilkunde herausg v. Prof. Dr. A Eulenburg III. Auflage Bd. X. 7) Ziehen: Hysterie: Ibid. Bd XI. 8) Marchand: Missbildungen *Ibid.* Bd. XV. 9) Wilms: Ref. v. von Notthaft: Die teratoiden Geschwülste des Hodens i t. d. München med. Wochenschr: 1896. S 956. 10. Ziegler Lehrb. der allg. path Anatomie u. Pathogenese 141 Aufl.: 1892. Teratome. S. 361—363 i 421—422.

IV. Oceny i sprawozdania.

T. Heiman. — **Choroby narządu słuchowego, podręcznik dla lekarzy i studentów.** (Warszawa 1902 roku. Z udziałem zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia dr. J. Mianowskiego. 729 stronic, 161 rysunków w tekscie).

Pojawienie się oryginalnego podręcznika w języku polskim z dziedziny praktycznych nauk lekarskich jest zawsze niejako wypadkiem dnia wśród niezbyt bogatego naszego piśmiennictwa. Z tem większem zaciekawieniem zabraliśmy się do przeczytania pierwszego polskiego podręcznika chorób usznych. Już z góry niechaj nam wolno będzie zaznaczyć, że oczekiwania nasze nie zostały zawiedzione. Ponieważ jednak nie ma nic bezwzględnie doskonałego na świecie, więc i książka Heimana nie jest wolna od kilku wad, na które pragnęlibyśmy zwrócić uwagę zaraz na wstępie. Zarzuty nasze da-

[7]) W dziedzinie zmysłów innych nie była drażliwość ta w tym samym stopniu uderzająca.

łyby się właściwie streścić w kilku słowach: język nie dość poprawny, styl nie dość staranny. Kilka przykładów wystarczy na dowód tego twierdzenia. Tak, autor stale używa pisowni „gruppa“, „klassa“, zamiast „odkazić“ pisze „zdezinfekować“, „herpes“ nazywa „wypryskiem“, bystrość słuchu „ostrością słuchu“. Czasownik „używać“ stale łączy z przypadkiem 4-tym, zamiast 2-gim.

Wyraz „tamponacya“ nie jest ani polskim, ani obcym. Na str. 704 czytamy o „płukaniu z kwasem bornym“ a na str. 813 o „zatrudnionem oddychaniu“, o „odejmowaniu“ i „oddalaniu“ polipów. Takie błędy napotkać można na każdej niemal stronicy. Całe zdania rażą nieraz nieodpowiednim układem: „Zamiast skóry ludzkiej wprowadził Berthold w użycie szczepienie błonki od jajka kurzego“. (Str. 275) albo: „Rhinitis .... u noworodków uważaną jest za mającą podkład przymiotowy lub rzeżączkowy“. W rozdziale o anatomii i fizyologii narządu słuchowego znajdujemy tu i owdzie określenia nie dość ścisłe, np. na str. 29: „Ściany jamy bębenkowej są następujące: przednia, tylna, górna, dolna, wewnętrzna i zewnętrzna. Błona bębenkowa stanowi ścianę przednią“, a dalej: „Jestto błonka cienka, kształtu nieprawidłowo-owalnego, z licznemi nierównościami“..... „u noworodków leży na jednej płaszczyźnie ze ścianą górną przewodu słuchowego zewnętrznego“. Zbyt apodyktyczną zdaje się być forma niektórych twierdzeń, jak: „U osób muzykalnie rozwiniętych błona bębenkowa stoi prawie pionowo“.

Na str. 211 opisuje autor skostnienia i złogi „muszli usznej“ w rozdziale o nowotworach. Taką niedokładność w ugrupowaniu przedmiotu można jeszcze kilka razy napotkać. Na str. 257 pod napisem „Nerwice przewodu słuchowego zewnętrznego“, czytamy także o kaszlu, powstającym „przy wstawianiu rurki do ucha“. Chyba ten objaw do rzędu nerwic z pewnością nie należy. Na str. 500 w ustępie, zatytułowanym „Śmiertelne krwotoki z tętnicy domózgowej i z zatok mózgowych“, opisuje autor między innymi także krwotoki, które mogą „ustać same i skończyć się wyzdrowieniem“. Czy słowo „śmiertelne“ w tytule ustępu nie było co najmniej zbytecznem?

Że zaniedbywanie stylistycznej strony często powoduje usterki rzeczone i pewną nieścisłość w przedstawieniu samej sprawy, dowodzi najlepiej rozdział o śródczaszkowych powikłaniach spraw ropnych ucha. Przedmiot sam przez się dość zawiły i trudny, staje się często jeszcze bardziej niejasnym przez niedość staranne obchodzenie się autora z językiem. Niepodobna wszystkiego wyliczyć. Kilka zdań posłuży za przykład: na str. 463 czytamy: „Macewen uważa wysoką gorączkę, stałą lub zwalniającą, za objaw wprost wykluczający ropień mózgu. Jest ona raczej następstwem innych spraw chorobowych w jamie czaszkowej, istniejących obok ropnia mózgu, lub bez niego“. Dzięki tej stylizacyi czytelnik, mniej obeznany z przedmiotem, dalej może mieć wątpliwości, czy gorączka stała lub zwalniająca wyklucza ropień mózgu, czy nie? Na str. 453, opisując objawy zapalenia rozlanego opon mózgowych, autor z zachowaniem się tętna załatwia się lakonicznem zdaniem: „Tętno bywa z początku zwolnione, a potem przyspieszone“ Nieco niżej, opisując zajęcie „sklepienia czaszki“, twierdzi: „Prawie bez wyjątku istnieje sztywność karku jeszcze przed wszystkimi innymi objawami“. W tej stylizacyi trudno się zgodzić na to twierdzenie. Na str. 468 pisze o ropniach mózgu, że kończą się pęknięciem „do komór bocznych lub na powierzchnię jamy czaszkowej. Wylana ropa zabija chorego błyskawicznie w kilka minut lub godzin...“ a nieco niżej: „W postaci błyskawicznej osobnik, na pozór zupełnie zdrowy, wydaje okrzyk, pada nieprzytomny“...

Dodajmy jeszcze, że razi czasem przekręcanie nazwisk, np. „Quinecke“, stale używane zamiast „Quincke“, lub pewne anachronizmy (a może to błędy drukarskie?), jak np. twierdzenie, jakoby wycięcia błony bębenkowej z młoteczkiem dokonał po raz pierwszy Kessel w r. 1855 (str. 409) — a możemy od zarzutów przejść do skreślenia zalet, jakie książka Heimana niewątpliwie posiada.

Autor w szerokich ramach przedstawia nietylko stan dzisiejszej nauki o chorobach usznych, ale traktując prawie wyczerpująco wszystkie jej działy, przeważnie wyciska na nich piętno podmiotowe; to właśnie czyni książkę bardzo zajmującą. Wszędzie przebija się własne doświadczenie i własna obserwacya autora, z której umie korzystać tak w kierunku naukowym, jak i praktycznym. Rozpoczynając część ogólną od krótkiego zarysu historycznego, omawia w następnym rozdziale znaczenie i ważność chorób ucha, kończąc go tak trafną przestrogą, „ażeby otyatrzy nie zapominali, iż należą do jednego wielkiego pnia lekarskiego“, bo „tylko lekarz ogólnie wykształcony przyniesie, jako specyalista, pożytek chorym i nauce“. Dalsze dwa rozdziały poświęcono anatomii i fizyologii narządu słuchowego. Omówiwszy fizykalne badanie ucha, ogólną symptomatologię, przyczyny, rozpoznanie i rokowanie, jako też terapię ogólną, poświęca autor higienie ucha osobny rozdział, pełen trafnych praktycznych wskazówek. Część ogólna kończy się przedstawieniem techniki badania pośmiertnego ucha. Część szczegółowa przedstawia patologię i terapię poszczególnych postaci chorobowych ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Dotyczące rozdziały świadczą przedewszystkiem wymownie o wielkiem doświadczeniu autora, który opisuje obrazy chorobowe tak, jak mu się przedstawiały, przyczem jednak nie pomija spostrzeżeń i zapatrywań innych. Zaznaczyć należy, że w kwestyi ropnicy pochodzenia usznego autor podziela zdanie Körnera i przyjmuje istnienie dwojakiego rodzaju ropnicy, to jest z zakrzepem i bez zakrzepu; przyczem przytacza jednak zarzuty, jakie przeciw tej teoryi podnieśli przeciwnicy. Osobny rozdział traktuje o związku między chorobami narządu słuchowego, a chorobami całego ustroju i pojedynczych jego narządów, osobny znów obejmuje znaczenie chorób ucha dla służby wojskowej, pod względem sądowo-lekarskim, dla ubezpieczeń na życie i dla służby na kolejach żelaznych. Krótkim — może nieco za krótkim, ale treściwym opisem chorób nosa i jamy nosowo-gardłowej kończy część szczegółową. Na końcu dzieła znajduje się spis 68 prac, ogłoszonych przez autora w różnych językach. Wydanie książki pod względem formy zewnętrznej jest nienaganne, ryciny przeważnie dobre. Gdyby autor przy następnem wydaniu książkę swą zechciał poddać ściślemu przejrzeniu w kierunku językowym i stylistycznym, zajęłaby ona zasłużenie pierwszorzędne miejsce wśród polskich podręczników lekarskich. *Schoengut.*

V. Wyciągi.

Dr. A. Oppenheim. **Zatory płucne po operacyach, ze szczególnem uwzględnieniem powstających po operacyach wyrostka robaczkowego.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 5, 1902). Statystyka 217 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanych przez Sonnenburga, świadczy, że w 18-tu przypadkach ropnego zapalenia trzy razy były zatory płucne, dwa razy skrzepy, zaś w 189 przypadkach zapalenia przewlekłego, operowanych w przerwach międzynapadowych, cztery razy były zatory i cztery razy skrzepy. Autor jest tego zdania, że przy ropniach okołowyrostkowych skrzepy są częstsze, niż przy innych cierpieniach, zależnie od istoty samego cierpienia (znane są przypadki skrzepów, powstałych bez operacyi). Pierwotną siedzibą skrzepów są naczynia miednicy, prowadzące wprost do żyły głównej (*vena cava*); pojmować je należy jako skrzepy uciskowe (*Compressionsthrombosen-Billrotha*) w otoczeniu ogniska zapalnego. Po operacyach, dokonywanych między napadami, skrzepy, zdaniem autora, mają powstawać w następujący sposób: wyrostek robaczkowy przymocowany jest wskutek przewlekłego zapalenia licznymi zrostami do powięzi biodrowej (*fascia iliaca*); przy usiłowaniach wyzwolenia go z tych zrostów muszą uledz rozerwaniu liczne naczynia w tych zrostach; do tego dołącza się drugi ważniejszy czynnik: zaburzenia krwiobiegu wskutek osłabionej u takich chorych akcyi serca, przy tem zmienionej pod wpływem uśpienia chloroformem.

Miejsce zatoru prawie zawsze bywa po stronie prawej w dolnym płacie, w pobliżu opłucnej. Przy tych zatorach autor zawsze spostrzegał podniesienie ciepłoty. Skrzepy w przypadkach spostrzeganych należały do t. zw. przez Virchowa marantycznych, choć chorzy byli w wieku młodym i średnim, gdyż nigdy nie stwierdzono ani rozpadu płuc, ani sprawy ropnej przejściowej. Najważniejszem zadaniem leczenia jest przeciwdziałanie powstawaniu nowych zatorów, zwalczanie duszności, zapewnienie swobodnego oddechu przez łagodzenie bólu opłucnej zapomocą morfiny; prócz tego pamiętać należy, że najniebezpieczniejsze są szybkie i gwałtowne ruchy mięśniowe i niezwykłe poruszenia ciała. *Z. Czaplicki.*

Dr. Süsswein. **Los prątków błoniczych w przewodzie pokarmowym.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 6, 1902). Od czasu wprowadzenia leczenia surowicą przypadki błoniczego zapalenia żołądka stały się bardzo rzadkie. Z ośmiu przypadków sekcyonowanych autor w czterech wykazał obecność prątków Löfflera, lecz bardzo zmienionych w swej postaci. W treści jelit nigdy nie udało się prątków wykryć. U żyjących (15 przypadków) autor miał tylko wyniki ujemne, badając treść żołądkową i stolce, również nie mógł wywołać błonicy u zwierząt, szczepiąc im kał chorych. Zdaniem autora prątki, połknięte z nalotów w gardle, mogą być wykazane czasem w treści żołądkowej, w jelitowej zaś prawie nigdy. Sok żołądkowy u chorych na błonicę, jakkolwiek kwasota jego w czasie trawienia znacznie jest mniejszą niż u zdrowych, w większości przypadków ma dosyć siły bakteryobójczej, by prątki zniszczyć. Te własności bakteryobójcze zależą nie od wolnego, lecz od związanego kwasu solnego, gdyż w pięciu badanych przypadkach próba Günzburga dała wynik ujemny. Stolce nie są zaraźliwe, gdyż prątków Löfflera w nich wykryć nie można. Jeżeli prątki opuszczą żołądek w stanie żywotności, to mogą nawet od biedy oprzeć się działaniu żółci i soku jelitowego, ale w żadnym razie nie oprą się działaniu prątka okrężnicowego. Jelita z natury są jałowe, błona śluzowa ich żadnych drobnoustrojów nie zawiera (naturalnie u zdrowych); te zaś, które się w treści znajdują, rozwijają się nie na naszym gruncie. O walce pomiędzy prątkami okrężnicy i Löfflerowskimi daje pojęcie następujące doświadczenie: jeżeli mięszaninę jednych i drugich prątków zaprawić kroplą surowicy Löfflera, to po 24 godzinach znajdą się niemal wyłącznie prątki okrężnicy, Löfflerowskie zaś giną. *Z. Czaplicki.*

F. Parkes Weber. **Pochodzenie zielonego lub niebieskiego moczu.** (*The Lancet*, 21 września 1901 r.). Autor wypowiada przekonanie, iż najczęstszą przyczyną zabarwienia moczu na zielono, lub na niebiesko jest spożycie w nadmiarze cukierków, zawierających błękit metylenowy. Tem się i tłomaczy częstsze spostrzeganie tego zjawiska u dzieci i młodych kobiet, lubiących, jak wiadomo, słodycze. Błękit metylenowy zawiera się w mniejszej lub większej ilości w cukierkach fioletowych i purpurowych, które przy dłuższem leżeniu stają się nieprzeźroczystymi i bardziej czerwonymi. Zabarwienie moczu waha się między barwą zielonkawą a mocno błękitną, zależnie od ilości wprowadzonego błękitu metylenowego. Doświadczenia z czystą farbą wskazują, że po wewnętrznem podaniu 0,1 błękitu metylenowego zdrowemu osobnikowi mocz już po godzinie ma odcień zielonkawy; następnie zabarwienie staje się coraz mocniejsze, dochodząc do największego natężenia następnego dnia rano — i trwa 3—4 dni; w moczu porannym spostrzega się zielonkawy odcień nawet po pięciu dniach. Ażeby zabarwienie moczu powstać miało po spożyciu cukierków, trzeba ich użyć w znaczniejszej ilości jednorazowo, lub w krótkich po sobie odstępach.

Obecność błękitu metylenowego w moczu wykazuje się następującym sposobem: mocz zabarwia papier lakmusowy na niebiesko. Zabarwienie moczu może być wzmożone przez proste zagotowanie lub nagrzewanie z kwasem octowym (redukcya bezbarwnej chromogeny). Przesączanie moczu barwę jego nieco wyjaśnia (część błękitu wsiąka w sączek, na którym też powstają kryształki kwasu moczowego, nasycone błękitem). Mocz można odbarwić, dodając roczyn potażu żrącego bez nagrzewania; to samo otrzymujemy przez zagotowanie z stężonym kwasem azotowym lub solnym.

Od wstrząsania moczu, zawierającego błękit metylenowy, z eterem, ten ostatni nie zabarwia się; natomiast chloroform z łatwością odbiera barwik i staje się błękitnym.

Przy badaniu spektroskopowem zielonego lub niebieskiego moczu otrzymujemy czasami, lecz nie zawsze, smugi pochłonne, identyczne z spostrzeganemi w wodnym roczynie błękitu metylenowego. Do badania najlepiej nadaje się blado-niebieski roczyn chloroformowy: spostrzegamy wtedy smugę w czerwonej części widma daleko od smugi sodu (Frauenhofer D.), gdy smuga chloroformowego roczynu indygo bywa widzialną dalej od czerwonej części widma i bardzo blizko do smugi sodu. Przy większem natężeniu roczynu błękitu metylenowego otrzymuje się druga smuga mniejwięcej w okolicy pasa indygo, a przy jeszcze mocniejszych roczynach obydwie smugi zlewają się, przechodząc z czerwonej części widma do żółtej i zielonej.

Wreszcie błękit metylenowy odtlenia się i odbarwia przez wpływ działalności żyjących ustrojów: to też mocz niebieski przy fermentacyi traci swą barwę w dolnych warstwach (od odtleniającego działania drobnoustrojów), górna zaś warstwa zachowuje swe zabarwienie wskutek bezpośredniej styczności z tlenem powietrza. *St. Rudzki* (Ptbg.).

A. Dienst. **Studyum krytyczne nad patogenezą drgawek (eklampsyi) na tle anatomowo-patologicznem. Wyniki badań krwi i moczu kobiet, dotkniętych drgawkami, oraz ich płodów.** (*Arch. für Gynäk.* T. 65, 1902, Z. II). Sekcye zwłok kobiet, które cierpiały na drgawki, oraz ich płodów, dały powód autorowi do badania krwi. Stwierdzało ono stale znacznie wzmożoną ilość włóknika, a spostrzeżenie to, zdaniem D., jest wielkiej wagi ze względu na patogenezę drgawek. Następstwem tego stanu mają być wielokrotne zakrzepy naczyń, które znowu sprowadzają owe rozległe zwyrodnienia i obumarcia narządów, jakie się spotyka przy sekcyach. Przyczyną tej wzmożonej ilości włóknika ma być nagromadzenie we krwi wytworów wstecznej przemiany białka, a źródłem wytwarzania tych ostatnich — ustrój płodowy. Wytwory te z ustroju płodowego, którego narządy wydzielnicze w życiu śródmacicznem nie funkcyonują, dostają się drogą krążenia do ustroju matki, a ten je wydziela odpowiednio zmienione. Wszystko, co upośledza czynność narządów wydzielniczych u kobiet ciężarnych, może wywołać nagromadzenie się tych wytworów trujących, na które ustrój wskutek podrażnienia ośrodkowego układu nerwowego odpowiada objawem, zwanym drgawkami. Przedewszystkiem odpowiedzialnemi są nerki, a następnie serce, jako narząd regulujący ich czynność. Bardzo ważną rolę przypisuje D. wątrobie, w której odbywa się przemiana białka na mocznik, kwas moczowy i inne ciała, wydzielane przez nerki. W razie schorzenia tego narządu przychodzi również do nagromadzenia wstecznych wytworów przemiany białka, ale teraz białka ustroju matki i do tem szybszego zatrucia. Krew taka, przeładowana wytworami trującymi, dostaje się napowrót do płodu i ztąd owe ciężkie zmiany anatomowo-patologiczne w narządach, znajdowane przy sekcyach zwłok płodów, pochodzących z matek, które chorowały na drgawki. Zachodzi tu więc błędne koło, którego punkt wyjścia znajduje się w płodzie samym. Za tem przemawiają spostrzeżenia kliniczne: 1) że niejednokrotnie widziano typowe napady drgawek u noworodków, pomimo, że matki ich napadów nie miały; 2) że choroba ta występuje tylko u kobiet ciężarnych, rodzących lub położnic; że często choroba ustępuje z chwilą śmierci śródmacicznej płodu, lub po jego urodzeniu się; 4) że choroba ta nierzadko występuje przy ciąży bliźniaczej.

Czynnikami usposabiającymi są: *a*) przewlekłe zmiany w nerkach; *b*) przeziębienia podczas ciąży, ztąd choroba ta czasem występuje epidemicznie; *c*) niedostateczne wydzielanie moczu, jako następstwo ucisku, wywołanego ciężarną macicą na moczowody, ztąd występowanie drgawek przy porodach długotrwałych, spowodowanych ścieśnieniem macicy; *d*) choroby serca (okres niewyrównania), wywołujące wpływ hamujący na czynność nerek; *e*) niedostateczny rozwój (hipoplazya) serca i naczyń (blednica, niedokrewność); *f*) serce niemowlęce (*cor infantile*), idące w parze ze słabo rozwiniętą (wązką) miednicą, ztąd skłonność do drgawek u bardzo młodych pierwiastek; *g*) serce, trudniej ulegające przerostowi (fizyologicznemu w ciąży), wskutek czego przy niewielkich już nawet przeszkodach łatwo się ono nuży i upośledza czynność nerek; ztąd skłonność do drgawek u starych pierwiastek; tu również należą przypadki, w których przerost istniał jeszcze przed ciążą; *h*) wreszcie ciąża bliźniacza, żtąd większe opory, a tem samem i praca serca znaczniejsza, gdzie dopływ wytworów trujących do ustroju matki, również większy.

W końcu D. zastanawia się nad rokowaniem. U matki zależy ono od stanu narządów wydzielniczych (białkomocz ciężarnych), od sprawności serca, od czasu, jaki upływa od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby (bóle, zawroty głowy, nudności, wymioty, niepokój) do urodzenia się dziecka, wreszcie od odporności ustroju. U dziecka rokowanie zależy od czasu trwania i natężenia choroby (liczby napadów). *Dr. E. Ehrenpreis.*

Docent Dr. B. Housell. **O wstrzykiwaniach wyskoku w przypadkach naczyniaków powierzchownych, nie nadających się do operacyi.** (*Brunsa: Beitr. zur klin. Chirurgie* XXXII, Nr. 1). Sposobem Schwalbego, t. j. wstrzykiwaniem 40 do 70% wyskoku w obwód rozległego naczyniaka, codziennie powtarzanem, wyleczył H. jeden taki przypadek u młodej dziewczyny. W miarę tego, jak naczyniak zanika, wstrzykuje się coraz bliżej środka nowotworu. Zalety tej metody wynoszą ją ponad każdą inną analogiczną. *Herman.*

Prof. Danilewski. **Dlaczego narząd pokarmowy nie ulega za życia samotrawieniu.** (*Odczyt na XI-tym Zjeździe przyrodników i lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 3). Błona śluzowa żołądka i jelit musi oczywiście posiadać środki ochronne przeciwko trawiącemu działaniu soków trawieńcowych. Dotychczasowe objaśnienia, mianowicie zasadowe oddziaływanie cieczy, którą są przesiąknięte komórki żywe; ochraniające działanie śluzu; żywotny opór protoplasmy i t. d. nie są wystarczające, ponieważ nie uwzględniają głównej części składowej soku żołądkowego — pepsyny. Przed kilku laty prof. Danilewski (Petersburg) wykrył dwie istoty, z pomiędzy których jedna wzmaga, druga zaś tłumi działanie chimozyny. Wobec tego nasuwała się myśl, czy i w soku żołądkowym nie zawiera się substancya, przeszkadzająca działaniu pepsyny. Badania, przeprowadzone w tym kierunku przez D. w roku 1901, wykazały, że warstwa nabłonkowa błony śluzowej żołądka wytwarza istotnie substancyę organiczną, która ma własność tłumiącą względem pepsyny w środowisku kwaśnem; tę substancyę D. nazwał antypepsyną. Zawiera się ona w gęstym śluzie, pokrywającym powierzchnię błony śluzowej; zakwaszone płyny wyciągają ją z tego śluzu przy pozostawaniu w cieple. Ogrzewanie do 60—70° C. w ciągu dłuższego czasu i nawet krótkotrwałe gotowanie nie niszczą tej substancyi, co wskazuje, że antypepsyna nie jest zaczynem. Długotrwałe ogrzewanie z kwasem solnym obniża jej działanie; alkalia niszczą ją prędzej od kwasów. Antypepsyna nie niszczy pepsyny, lecz powstrzymuje szybkość jej działania zaczynowego i przeszkadza głębszemu hidrolitycznemu wpływowi pepsyny na białkany. Pepsyna zaś w kwaśnym roztworze niszczy powoli antypepsynę i nawet prędzej, niż sam tylko kwas. Antypepsyna wytwarza się wyłącznie przez błonę śluzową żołądka, lecz w błonie tej zawiera się tylko w nieznacznej ilości, ponieważ wydostaje się wciąż ze śluzem na powierzchnię. Naturalny sok żołądkowy psów zawiera bardzo niewiele antypepsyny; daleko więcej znajduje się jej w świeżym soku sztucznym.

W trzustce i błonie śluzowej jelit cienkich wykrył D. substancyę, tłumiącą działanie trypsyny, t. zw. antytrypsynę. Jest to również istota organiczna, o cechach nie zaczynowych, wytrzymująca krótkotrwałe gotowanie w roztworach alkalicznych; w tkankach zawiera się ona w niewielkiej ilości i może być wyciągniętą zapomocą płynów słabo alkalicznych. Antytrypsyna powstrzymuje szybkość działania trypsyny i przeszkadza głębszej tryptonizacyi białkanów. Wyciąg z błony śluzowej żołądka, zawierający antypepsynę, nietylko nie powstrzymuje działania trypsyny, lecz przeciwnie przyspiesza go; wyciąg zaś, zawierający antytrypsynę, niema żadnego wpływu na pepsynę. Na podstawie wszystkich tych danych prof. Danilewski przypuszcza, że antypepsyna i antytrypsyna przedstawiają naturalne środki ochraniające, dzięki którym ustrój żyjący jest zabezpieczony od grożącego mu wciąż samostrawienia narządu pokarmowego podczas aktu trawienia. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Docent Popielski. **Obwodowy ośrodek odruchowy gruczołów żołądkowych.** (*Wracz* 1901, Nr. 51). Bardzo ścisłe i dokładne doświadczenia docenta Popielskiego (Petersburg) wykazały, że 1) wydzielanie soku żołądkowego jest czynnością odruchową gruczołów żołądkowych; 2) odruch następuje tylko ze ścianek żołądka; 3) ośrodek odruchowy dla gruczołów żołądkowych nie jest umiejscowiony w mózgu, rdzeniu kręgowym, splocie słonecznym i zgrubieniach układu spółczulnego; 4) ośrodek ten jest umiejscowiony wyłącznie w samym żołądku, w jego ścianach, w miąższu, w których odnaleziono już dawno cały szereg zwojów nerwowych. Wyniki te stwierdzają myśl autora, wygłoszoną jeszcze w roku 1896 w pracy o unerwieniu trzustki, że komórki nerwowe obwodowe mogą odgrywać rolę samodzielnych ośrodków nerwowych, zdolnych do czynności odruchowej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Strada i Pasini. **O wartości metody Piórkowskiego w celu bakteryologicznego rozpoznania duru brzusznego.** (*Mediz. Blätter* Nr. 7, 1902). Pomimo posiadania licznych metod, które ułatwiają różniczkowe bakteryologiczne rozpoznanie prątka durowego od prątka okrężnicowego, żadnej jednak nie możemy uznać za dokładną — i żadna z nich nie prowadzi do prędkiego i stanowczego rozpoznania, — co dla klinicysty jest koniecznem. W tym kierunku rozmaici badacze robili doświadczenia, a dopiero Piórkowskiemu powiodło się wynaleźć nowy sposób, polegający na złożeniu takiej odżywki, na której rosną oba wyżej wymienione prątki, każdy jednak w widocznie inny sposób. Przygotowanie tej odżywki jest następujące: Mocz prawidłowy zatrzymuje się w naczyniu przez 24—48 godzin, aż się stanie alkalicznym; następnie dodaje się do niego $^1/_2$% peptonu, 33% żelatyny — i gotuje się tę mięszaninę w łaźni wodnej aż do 100° C. Następnie masę tę przesącza się, nalewa do probówek i wyjaławia przez 15 minut. Po takiem przygotowaniu odżywki pozostawia się hodowle w ciepłocie 21°—24° C. Po 20-tu godzinach można już dokładnie odróżnić prątki duru od prątka okrężnicowego. Pierwsze są mniejsze, przeświecające, mają wejrzenie nitkowate i okazują liczne, bardzo długie odnogi na obwodzie. Drugie zaś są o wiele większe, silnie zabarwione, mniej przeźroczyste, mają wejrzenie gruboziarniste, brzegi ostro ograniczone i bez odnóg. Dr. Strada i Dr. Pasini stosowali ten sposób w 20—24 przypadkach duru. Badali stolec, mocz — i robili następnie zwyczajne próby kontrolne. W 20-tu przypadkach wynik był dobry — ze względu na bakterye durowe. W dwóch zaś, gdzie wątpliwość zachodziła o nawrót, wynik był ujemny, a w ostatnich dwóch przypadkach niepewny. Autorowie obiecują dalsze badania, oraz ulepszenia tej metody. *A. Dobrowolski* (Grybów).

Dr. F. Berndt. **W sprawie udziału okostnej w kostnieniu mięśni po jednorazowym urazie.** (*Archiv Langenbecka* 65/2. 1901). Niekiedy po jednorazowym silnym urazie i szybko, gdyż w przeciągu 3—4 tygodni, rozwija się w jakimś mięśniu *myositis ossificans traumatica*, którą ściśle odróżnić należy od *myositis ossificans progressiva* i od t. zw. *Reitknochen*. Sprawy tej klinicznie nie możemy oznaczyć ani jako zapalnej, ani jako nowotworowej; — zajmuje ona jakieś stanowisko pośrednie. Spornem jest jednak ciągle, czy kostnienie to rozpoczyna się pierwotnie w mięśniu, czy też bujanie tkanki kostnej rozpoczyna się od okostnej. Jedno i drugie zapatrywanie ma swoich zwolenników. Autor na podstawie kilku własnych przypadków operowanych i na podstawie badania mikroskopowego sądzi, że pierwotnie sprawa zaczyna się w okostnej i dopiero następowo mięsień zostaje zajęty. *Herman*.

Docent Dr. B. Honsell. **O przypadku włókniako-mięśniako-naczyniaka** (*fibromyoangioma*) **mięśnia.** (*Brunsa Beiträge zur klin. Chir.* T. XXXII, Nr. 1). Nowotwór tego rodzaju spostrzegał autor w mm. uda u młodej dziewczyny. Guz ten sprawiał znaczne dolegliwości. Przed operacyą rozpoznawano nerwiaka nerwu kulszowego. Prawdziwy stan rzeczy odkrył się dopiero podczas operacyi. Nowotwór zajmował mm. dwugłowy, półbłoniasty i półścięgnisty. Pierwszy mięsień musiano wyciąć zupełnie, drugi, względnie trzeci, pozostawiono. Podobnych przypadków nie opisano więcej, jak 30. *Herman*.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

C. Noorden. **O urolu.** (*Centralbl. für Verdauung und Stoffwechsel.* 1901, Nr. 17). Urol jest połączeniem chemicznem kwasu chinowego z mocznikiem. Posiada stały punkt wrzenia 107°. Przedstawia się w postaci bardzo pięknych kryształów, łatwo w wodzie rozpuszczalnych. Kryształy te łatwo wilgotnieją, dlatego fabryka Schütza i Dahlmana w Gummersdorf przesyła lek ten w rurkach szklanych, zawierających w sobie po 10 grm. urolu. Tak trzeźwy spostrzegacz, jak Noorden, poleca urol w ilości 2—5 grm. dziennie jako środek moczopędny, działający podobnie jak urozyna, i jako środek przeciwartrytyczny. (Doświadczenia dotychczasowe, dokonane w krak. klinice chor. wewn., zdają się potwierdzać zdanie Noordena o skuteczności tego leku). *E. K.* (Kr. kl. lek.).

Drobne wiadomości terapeutyczne.

Bohnet. (*Centralbl. f. m. Wiss.* Nr. 52, 1901) poleca niezawiśle od M. Bresgena przepłókiwanie nosa roztworem 2·5‰ błękitu metylowego w nieżycie cuchnącym (*ozaena*). Twierdzi on, że wyniki tego leczenia są znakomite. *E. K.* (Kr. kl. lek.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z dnia 9 lutego 1902.

Przewodniczący kol. Schwarz zawiadamia, że kol. prof. Kader zgłosił swoje przystąpienie do Towarzystwa, poczem przez głosowanie jednomyślnie został przyjęty na członka. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Sokołowski przedstawił chorego z praktyki prywatnej, którego choroba trwa od 6 tygodni. Na głowie zresztą dobrze włosem porosłej, powstają w przeciągu kilku dni ściśle ograniczone pola wyłysiałe, kształtu kolistego, o skórze prawidłowej, zupełnie gładkiej, z wyjątkiem ogniska na przodzie głowy, gdzie już meszkowate włosy (*lanugo*) porastać zaczynają. Cierpienie to znane jest pod rozmaitemi nazwami: *area Celsi, porrigo decalvans, alopecia areata;* najwłaściwszą

jednak i najwięcej używaną jest nazwa ostatnia. Co do etyologii tej choroby w ogólności, to zdania tu są podzielone: jedni przyjmują tło neuropatyczne, inni pasorzytnicze, a istnieją znane przypadki, gdzie np. po użyciu *thallium sulfuricum* występowały u suchotników typowe przypady łysiny plackowatej. W tych przypadkach, gdzie ogniska są nieregularnie rozrzucone, nie odpowiadają przebiegowi żadnego nerwu, gdy chory nie cierpi na żadną nerwicę, tłem choroby mogą być tylko pasorzyty. Leczenie na razie było w tym przypadku żadne; zastosowano *spiritus sinapis*, który zmian nie wywołał.

Kol. Borzęcki oświadcza, że rokowanie w tem cierpieniu jest wogóle dobre, gdyż b. często, chociaż po dłuższym czasie, przychodzi do zupełnego wyleczenia. W przypadku przedstawionym trzebaby się trochę pesymistyczniej zapatrywać na szybkość wyleczenia, gdyż sprawa postępuje, czego dowodzą luźnie siedzące włosy najbliższego otoczenia. Nie zupełnie zgadza się z teoryją pasorzytniczą, której zresztą nikt nie udowodnił. Znane zaś są liczne przypadki, gdzie obrażenia lub schorzenia nerwowe dają początek cierpieniu, np. po cięciu szablą w pojedynku, po *myelitis transversa* i t. p. W tym przypadku skóra pozbawiona włosów jest najzupełniej prawidłowa.

Kol. Krzyształowicz zgadza się z twierdzeniem kol. Sokołowskiego. Według niego przypadek ten polega na tle pasorzytniczem. Porastanie jednego ogniska meszkiem świadczy o odrodzeniu się włosów: skóra nie jest bez zmian, owszem, po bliższem przyjrzeniu się widzimy porozszerzane ujścia torebek włosowych, z których nadto można wycisnąć łój, a więc jest łojotok, włosy jedne są odłamane, inne przy podstawie zanikłe, a dalej prawidłowe tak, że włos ma kształt wykrzyknika; wogóle cała łysina dzieli się niejako na trzy części: w środku skóra zupełnie gładka, dalej na zewnątrz są włosy odłamane i zmienione, a jeszcze dalej włosy łatwo wychodzą, co świadczy, że sprawa pasorzytnicza szerzy się odśrodkowo. Zresztą dziś tylko szkoła wiedeńska stoi przy teoryi neuropatycznej; gdzieindziej już uznano teoryę pasorzytniczą.

Kol. Krzyształowicz przedstawia przypadek mięsakowatości skóry *(sarcomatosis cutis)* u człowieka w sile wieku po prawej stronie klatki piersiowej. Ogólnie znane są trzy typy mięsków: pierwszy Kaposiego, t. zw. *sarcoma idiopathicum pigmentosum*, drugi *melanosarcoma* i trzeci, który właśnie mamy przed sobą, *sarcomatosis cutis*. Cierpienie to rozpoczyna się zwykle drobnymi guzkami w skórze właściwej *(corium)*, guzki te następnie mnożą się, stają się twarde i grupują w pewnej okolicy, jak tutaj, albo też są nieregularnie rozrzucone po całem ciele. Cierpienie to daje względnie jeszcze nie najgorsze rokowanie, bo zmiany ustąpić mogą po racyonalnem stosowaniu arszeniku. Podobny przypadek przywieść może na myśl i grzybicę *(mycosis fungoides)*, jednakże badanie mikroskopowe rozstrzyga.

Kol. Steuermark zaznacza, że przed rokiem miał w leczeniu bardzo podobny przypadek, tylko że guzki były rozrzucone po całem ciele i pigmentowane; cała jednak sprawa ustąpiła po kilkomiesięcznem leczeniu arszenikiem. Gdybyśmy w tym przypadku rozpoznać chcieli grzybicę *(mycosis fungoides)*, to trzebaby to uważać już za trzeci okres, co zresztą nie bardzo zgadza się z obrazem chorobowym tego cierpienia. Kol. Borzęcki wyklucza tu rozpoznawanie grzybicy. Są wprawdzie znane przypadki *mycosis fungoides d'emblée*, ale zwykła grzybica ma początek i przebieg różny. Najpierw powstaje w danem miejscu wyprysk, następnie przychodzi do »lichenizacyi«, a wreszcie zaczynają się wyróżniać pojedyncze nacieki, które występują coraz obficiej i twardnieją. W tym przypadku umiejscowienie zwraca szczególniejszą uwagę. Guzki nie przekraczają linii środkowej ciała, ani przedniej, ani tylnej, ułożone są w grupę łukowato wzdłuż żeber przebiegającą tak, że ten przypadek, spostrzegany zdaleka, przypomina swem umiejscowieniem półpasiec. Zresztą na samo tło cierpienia różni autorzy różnie się zapatrują. Kol. Boczar podnosi, że przypadek ten zaliczyć trzeba do rzadkich; zgadza się na rozpoznanie *sarcomatosis cutis*, co zresztą badanie mikroskopowe i terapia potwierdzi. W dalszym ciągu dyskusyi nad tą sprawą i grzybicą zabierają głos koll: Boczar, Mayzel i Krzyształowicz.

Kol. Krzyształowicz przedstawia następnie chorego, znanego już z pierwszego posiedzenia, u którego rozpoznano wówczas niesztowice *(ecthymata)*. Przypadek ten jest nadzwyczaj pouczający, a cała tak długa obserwacya przemawia za zakażeniem zewnętrznem łańcuszkowcem. Chory, zanim się zgłosił do kliniki, cierpiał już cztery miesiące. W chwili przybycia miał strupy na głowie, na ciele niesztowice, pęcherze i rumień. Stosowano rozmaite leczenie, wreszcie zastósowano odkażenie skóry przez kąpiele antyseptyczne, nacieranie maścią Wilkinsona, zawijanie rąk maścią borową, a mimo to występują od czasu do czasu pęcherze i rumień. Poszukiwania mikroskopowe wykazały w czterech przedsięwziętych badaniach treści pęcherzy zawsze łańcuszkowce, które znaleziono również i w dnie wyciętego *in toto* pęcherza.

Kol. Boczar, biorąc pod uwagę cały przebieg choroby, który ściśle obserwuje, stałą obecność w preparatach drobnowidowych łańcuszkowca, przychodzi do przekonania, że jestto pęcherzyca na tle zewnętrznego zakażenia. Kol. Borzęcki nie może przeczyć temu, co mikroskop wykazuje; ale nie może dopatrzeć się tego ścisłego związku między znachodzeniem bakteryj a obrazem chorobowym; nie może zrozumieć, aby tak skrupulatne odkażanie skóry nie mogło usunąć łańcuszkowca. A zresztą, czem wytłómaczyć te podmiotowe uczucia swędzenia i pieczenia, które zawsze bezpośrednio występowały przed zjawieniem się rumienia? Gdyby tu w grę wchodziło tylko zakażenie zewnętrzne, chory nie mógłby się uskarżać na te objawy podmiotowe, z takiem występujące nasileniem. Gdyby łańcuszkowiec powodował wybuch pęcherzy, coby znaczyć miało to częste i niejako przygotowawcze występowanie rumienia? Chory nie podupada na siłach, owszem ma się zupełnie dobrze, a nawet odżywienie się podniosło. Dla niego cała ta sprawa przedstawia się jako *dermatitis herpetiformis Duhring*. Kol. Krzyształowicz broniąc zakażenia zewnętrznego, podnosi, że podmiotowe objawy dadzą się bardzo logicznie wytłómaczyć. Skoro powstaje rumień, tworzy się równocześnie i naciek w skórze; jestto więc sprawa zapalna, a że jej towarzyszą objawy swędzenia i bólu, temu się dziwić nie można, ale nie można również szczegółu tego uważać za objaw wykluczający. Podczas samego odkażania skóry nie występowały pęcherze, a tylko w międzyczasie; odkażenie zresztą nie jest tu tak łatwe, bo jak badania drobnowidowe wykazują, łańcuszkowce znajdują się głęboko w skórze, zkąd je trudno usunąć. Kol. Schwarz podnosi, że dotąd nikt nie wie, na czem właściwie polega *pemphigus* i *dermatitis Duhringa* i jaka jest między cierpieniami temi różnica. Dla niego obraz kliniczny przemawia za pęcherzycą.

Kol. Borzęcki przedstawia dwóch braci bliźniaków, u których znajdują się jednakowe zmiany łuszczycy, coby przemawiało za dziedzicznością. Dalej przedstawia chorą z kilakiem wrzodziejącym na wardze górnej; chora ta nigdy nie przebywała leczenia przeciwkiłowego. Następnie przedstawia chorego z wypryskiem przewlekłym, ograniczonym na obu dłoniach, z równoczesnem zniekształtnieniem paznogci. A wreszcie znany z poprzednich posiedzeń przypadek ogólnej łuszczycy czerwonej, który obecnie po długiej i bacznej obserwacyi uważać musi za łupież czerwony Hebry *(pityriasis rubra Hebrae)*. U chorego tego najrozmaitsze leczenie dawało stale ujemne wyniki; skóra nacieknięta przedstawia się jakby była za krótka, chory nie może wykonywać swobodnych ruchów kończynami, gruczoły chłonne są wszystkie znacznie powiększone. Dopiero zastósowanie maści siarczanej przyniosło choremu pewną ulgę i może da dobry wynik. Kol. Schwarz nie zgadza się na rozpoznanie tu łupieżu czerwonego Hebry *(pityriasis rubra Hebrae)* i podnosi wszystkie sprzeczne okoliczności.

Kol. Boczar przedstawia chorego z kilakiem obojczyka, u którego na szyi znajdował się guz chełboczący, pozorujący zropiały gruczoł; po nacięciu go jednak przekonano się, że nie jest to zropiały, ale kiłowo zmieniony gruczoł. Nadto przedstawia chorą z kilakiem wargi górnej, u której z wywiadów nic o kile dowiedzieć się nie można i która też nie przebywała leczenia przeciwkiłowego.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach.

(Uchwała galicyjskiej krajowej Rady zdrowia według referatu Dra Józefa Merunowicza).

(Dokończenie).

Starania lekarzy okręgowych o poprawienie ich bytu, a nadto o wyjednanie dla nich emerytury na starość lub na przypadek

wcześniejszej niezdolności do pracy zawodowej, oraz zaopatrzenia dla ich wdów i sierót, zasługują na wszelkie poparcie, a to w interesie ludności oddanej pod opiekę sanitarną tych lekarzy.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że zabezpieczenie lekarzom okręgowym choćby bardzo skromnego utrzymania na starość lub na przypadek wcześniejszej niezdolności do pracy, jakoteż zapewnienie, że ich wdowy i sieroty przynajmniej od śmierci głodowej będą zabezpieczone, będzie miało ten skutek, że lekarze zdolni i z najlepszemi kwalifikacyami, z kilkuletnią praktyką szpitalną, będą się ubiegać o posady lekarzy okręgowych. Zapewnienie lekarzom okręgowym przyszłości dozwoli im z całem poświęceniem oddać się wykonywaniu swych ciężkich obowiązków.

A zresztą powszechnie jest znaną śmiertelność znaczna lekarzy w ogóle, a w naszym kraju w szczególności. Wszak wszyscy w świeżej jeszcze mamy pamięci, jak to w ciągu jednego roku 1895 s z e ś c i u lekarzy w najpiękniejszych latach zmarło na dur plamisty; wszak od roku 1898 do 1 listop. 1901, a zatem niespełna w czterech latach, umarło w kraju 108 lekarzy (doktorów i chirurgów), czyli 26 przeciętnie na rok, co na ogólną liczbę lekarzy stanowi rocznie 22 *pro mille*, tj. tyle, ile w normalnych warunkach w innych krajach umiera z całej ludności wraz z niemowlętami.

Ta znaczna śmiertelność lekarzy ma swą przyczynę w częstej styczności z chorymi, dotkniętymi chorobami zakaźnemi, w niewygodach i przygodach podróży o każdej porze dnia i roku, w nieregularnem życiu itp. A że lekarze okręgowi jeszcze w wyższym stopniu jak inni lekarze narażeni na wszystkie przykrości i niebezpieczeństwa swego zawodu, stwierdza fakt, że już z pośród nich w ostatnich latach śmierć nieubłagana zabrała 13 ofiar i to przeważnie ludzi młodych, niżej 35 roku życia.

Dlatego też słusznem jest, by społeczeństwo w ten sposób odwzajemniło się lekarzom za ich poświęcenie, żeby na wzór funduszu emerytalnego urzędników państwowych utworzony został fundusz emerytalny dla lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi i aby fundusz ten, powstający głównie z opłat samych lekarzy okręgowych, pozostawał pod zarządem wydziału krajowego, a wszelkie niedobory by pokrywał fundusz krajowy. W ten sposób zabezpieczył Sejm morawski ustawą z d. 2. sierpnia 1898 lekarzom gminnym i okręgowym emeryturę, a ich wdowom i sierotom pensye zupełnie według wzoru najnowszej ustawy emerytalnej dla urzędników państwowych; morawscy lekarze gminni i okręgowi opłacają od 1 września 1898 po 3% od swych stałych poborów do funduszu emerytalnego, lecz za to mają prawo po 40 latach służby do pełnej płacy, a w razie udowodnionej wcześniejszej niezdolności — do emerytury, stosownie do liczby lat służby; po ich śmierci mają rodziny ich prawo do tak zw. kwartału pogrzebowego, a już po pięcioletniej służbie ich wdowy i sieroty do zaopatrzenia, podobnie jak wdowy po urzędnikach państwowych. Także Sejm kraiński przyznał lekarzom gminnym i okręgowym na równi z urzędnikami krajowymi prawo do emerytury i zaopatrzenie wdów i sierót. Na ten cel opłacają lekarze gm. i okręg. w pierwszych 3 latach swej służby po 10% od swych stałych poborów, w następnych latach tylko po 2%. Wreszcie Sejm karyncki przyznał na posiedzeniu 4 maja 1900 wdowom po lekarzach okręgowych, każdej po 800 kor. rocznie zaopatrzenia bez względu na wysokość płacy, jaką jej mąż pobierał, a dla każdej sieroty aż do 18 roku życia jedną piątą część pensyi wdowy, a gdy sierota niema także matki, dwie piąte części. Na pokrycie tego wydatku lekarze okręgowi w Karyntyi nic nie opłacają. Co do ich prośby o przyznanie im emerytury, sprawa jeszcze jest w toku.

Otóż zdaniem kraj. Rady zdrowia względy słuszności i interes służby wymaga, ażeby także i w Galicyi ustanowiono fundusz emerytalny dla lekarzy gminnych i okręgowych, zupełnie na modłę funduszu emerytalnego dla urzędników państwowych, z tą jedynie różnicą, aby prawo do emerytury pełnej zyskiwał lekarz okręgowy już po 35 latach, a nie po 40. Żądanie galic. lekarzy okręgowych, aby już po 25 latach mieli prawo do pełnej emerytury, jest za daleko idącem.

W petycyi swej do Sejmu krajowego obowiązują się lekarze okręgowi z Galicyi opłacać odpowiednie procenta na utworzenie funduszu emerytalnego dla siebie i dla swych rodzin i obowiązują się uiścić za dotychczasowe lata swej służby przypadające kwoty do tego funduszu, byle tylko zostały im te lata do emerytury wliczone.

Z 107 lekarzy okręgowych, będących w czynnej służbie, w końcu roku 1900 pobierało 78, czyli 73%, najniższą, ustawą oznaczoną płacę 1.000 koron; 19 czyli 18% miało płacę po 1.200, a mianowicie 2 w powiecie bocheńskim, po jednym w bohorodczańskim, cieszanowskim, grodeckim, jasielskim, kosowskim, trzech w nadwórniańskim, po jednemu w peczyniżyńskim, ropczyckim, sanockim, skałackim, starosamborskim, turczańskim, zbarazkim i żywieckim, 10 zaś pobierało po 1.400 koron, a mianowicie 3 w dobromilskim, 2 w przemyskim i dolińskim, po jednemu w myślenickim, rudeckim, śniatyńskim. Wobec wyrażonego powyżej zapatrywania, że wydział powiatowy powinien mianować lekarzy tych, których opłaca z funduszu powiatowego i dla nich oznacza wysokość płacy, trudno ustanowić jakiś „status" lekarzy okręgowych, w którymby pewna część pobierała płace wyższe, średnie lub niższe, aby była możność awansu w tym „statusie" i aby lekarz okręgowy, przenosząc się z jednej posady na drugą, zatrzymywał swą płacę, przeciwnie musi to być pozostawione uznaniu wydziału powiatowego, jaką płacę ustanowi lekarzowi okręgowemu stosownie do jego działalności, do jego zasług i do trudności miejscowych, wśród jakich pracować musi. Jesteśmy zdania, że wydziały powiatowe ocenią każdą rzetelną pracę i stosownie ją wynagrodzą, a dla lekarzy okręgowych będzie to bodźcem, mieć przed sobą możność osiągnięcia stałej płacy wyższej, bez wyczekiwania, aż starsi jego poprzednicy ustąpią mu miejsca.

Zresztą stała wyższa płaca musi być przywiązaną w służbie gminnej do miejsca, a nie do osoby; — wszak są okręgi, w których dla lekarza prywatna praktyka stanowi dobre źródło dochodu, podczas gdy w innych okręgach lekarz prócz pensyi i nielicznych dochodów z funduszów publicznych, na dochód z praktyki prywatnej zupełnie liczyć nie może; w tych też okręgach musi być słusznie płaca lekarza wyższą.

Słuszną jest także rzeczą, aby każdy lekarz gminny i okręgowy po roku służby prowizorycznej był stabilizowany, chybaby przeciw niemu podniesiono poważne zarzuty, o czem jednak powinien być pisemnie zawiadomiony celem umożliwienia mu rekursu do wydziału krajowego.

Każdy lekarz gminny i okręgowy, zajmujący stałą posadę, po pięciu latach powinien pobierać wyższą pensyę, przynajmniej o 200 koron i takich pięcioleci powinno być co najmniej trzy.

Natomiast nie może c. k. kraj. Rada zdrowia przychylić do prośby lekarzy okręgowych, aby pobierany przez nich ryczałt na podróże urzędowe wliczony był do płacy emerytalnej. Żądanie to musimy nazwać jako nieuzasadnione i nigdzie niepraktykowane.

Gdyby już przedtem któremu lekarzowi gminnemu lub okręgowemu gmina lub powiat przyznały prawo emerytury na mocy osobnej ugody, w takim razie po wejściu w życie funduszu emerytalnego dla lekarzy gminnych i okręgowych będzie ta umowa nadal miała moc obowiązującą, lecz gmina będzie miała prawo do tegoż funduszu o zwrot aż do wysokości w ustawie oznaczonej; z drugiej strony fundusz emeryt. będzie obowiązany pokryć brakującą lekarzowi emerytowanemu część jego emerytury aż do wysokości w ustawie oznaczonej. Takie postanowienie zawarte jest w §. 4. ustawy morawskiej z 2. sierpnia 1898 (dz. u. i rozp. kraj. 66).

Co się tyczy wykonywania prawa dyscyplinarnego nad lekarzami gminnymi i okręgowymi, kraj. Rada zdrowia wychodzi z tej zasady, że kto urzędnika opłaca, ten wykonuje nad nim prawo dyscyplinarne; dla tego oświadczyć się ona musi przeciw żądaniu lekarzy okręgowych, aby ustanowiono osobne komisye dyscyplinarne, składające się z marszałka powiatu, c. k. starosty i c. k. lekarza powiatowego. Natomiast domagać się musi kraj. Rada zdrowia, ażeby przed wydaniem orzeczenia dyscyplinarnego na lekarza gminnego lub okręgowego, władza orzekająca obowiązaną była zasięgać opinii przynależnej Izby lekarskiej co do winy lekarza, toż samo, aby w razie rekursu do Wydziału krajowego, c. k. Rada zdrowia musiała być pytaną o opinię. Ani gmina lub wydział powiatowy, ani też wydział krajowy nie będzie związany opinią Izby lekarskiej, względnie kraj. Rady zdrowia, a natomiast lekarz gminny lub okręgowy będzie miał tę pewność, że działalność jego, względnie jego przewinienie, będzie ocenione przez bezstronny organ zawodowy.

Żądanie lekarzy okręgowych, aby w sprawach sanitarnych, należących do własnego lub poruczonego zakresu działania gminy, oni a nie c. k. lekarze powiatowi byli jako znawcy do komisyi powoływani, sprzeczne jest z państwową ustawą sanitarną. Lekarze gminni i okręgowi są referentami spraw sanitarnych dla gmin, c. k. lekarze powiatowi zaś dla władzy politycznej powiatowej: otóż we wszystkich sprawach, w których orzeka gmina, winien być pytany o opinię (ewent. na podstawie oględzin na miejscu) lekarz gminny lub okręgowy; gdy zaś orzeka c. k. starostwo, ma być pytany c. k. lekarz powiatowy. Zastąpienie więc lekarza powiatowego w tych razach przez lekarza okręgowego byłoby nie zgodnem z ustawą.

Inne żądania, zawarte w petycyi lekarzy okręgowych do c. k. Namiestnictwa, zostają na razie pominięte, raz dla tego, że nie wymagają zmiany krajowej ustawy z 2. lutego 1891 dz. u. rozp. kr. l. 17, a po drugie, że niektóre z nich już zostały w drodze administracyjnej uwzględnione, wreszcie i dla tego, że niektóre z tych życzeń lepiej będzie można uwzględnić po zmianie ustawy przy opracowaniu zmian rozporządzenia wykonawczego.

C. k. kraj. Rada zdrowia streszcza więc swe zapatrywania co do projektowanych przez lekarzy okręgowych zmian ustawy z 2. lutego 1891 w sposób następujący:

1. Prawo mianowania lekarzy gminnych i okręgowych powinno pozostać jak w dotychczasowej ustawie; jeżeli jednak reprezentacya gminna lub powiatowa po upływie terminu, oznaczonego przez wydział krajowy w porozumieniu z namiestnictwem, nie zamianuje lekarza gminnego lub okręgowego, w takim razie te obie władze krajowe mają prawo ustanowić okręg sanitarny, oznaczyć wysokość płacy, rozpisać konkurs i zamianować lekarza na koszt funduszu gminnego lub powiatowego po myśli ustawy. Postanowienie § 4 obecnej ustawy, ograniczające tworzenie okręgów, winno być usunięte.

2. W siedzibie lekarza gminnego i okręgowego ma być kosztem gminy względnie funduszu powiatowego urządzony i utrzymywany lokal ordynacyjny, w którym przychodni chorzy, ubodzy bezpłatnie, mają być leczeni, a ich rany opatrywane.

3. Lekarz okręgowy obowiązany jest dwa razy do roku zwiedzić wszystkie gminy swego okręgu i o stosunkach sanitarnych w każdej gminie złożyć relacyę wydziałowi powiatowemu. Na pokrycie kosztów tych podróży będzie wymierzony lekarzowi okręgowemu ryczałt przez wydział krajowy w porozumieniu z namiestnictwem, po zasięgnięciu opinii władz powiatowych. Koszta wszystkich innych podróży, podejmowanych przez lekarza okręgowego na wezwanie zwierzchności gminnych, wydziałów powiatowych lub starostwa, winny być pokryte z funduszów właściwych gmin, względnie z funduszu powiatowego, krajowego lub ze skarbu państwa, w sposób jak to oznaczy rozporządzenie wykonawcze.

4. Prawo oznaczania wysokości płacy lekarza gminnego i okręgowego pozostawia się tej władzy, która ponosi koszta tej płacy. Każdy lekarz gminny lub okręgowy otrzyma po każdych pięciu latach nienagannej służby w tej samej gminie lub w tym powiecie wyższą płacę o 200 koron.

5. Po roku służby prowizorycznej ma być każdy lekarz gminny lub okręgowy stabilizowany, chybaby podniesiono przeciw niemu zarzuty; lecz w takim razie winien być przed końcem roku prowizorycznej służby uwiadomiony pisemnie przez swą przełożoną władzę o tych zarzutach i o odmówieniu stabilizacyi. Przeciw odmowie stabilizacyi przysługuje lekarzowi gminnemu lub okręgowemu prawo rekursu do wydziału krajowego.

6. Lekarze gminni i okręgowi opłacają od dnia wejścia w życie zmienionej w tym kierunku ustawy po 3% od swych stałych poborów do funduszu emerytalnego i mają prawo po 35 latach służby do pełnej emerytury; w razie wcześniejszej niezdolności do pracy — do emerytury, stosownie do lat służby, analogicznie jak urzędnicy państwowi; po ich śmierci ma rodzina prawo do poboru tak zwanego kwartału pogrzebowego, a po pięciu latach służby ich wdowy do zaopatrzenia po 800 koron rocznie, bez względu na wysokość płacy męża, sieroty zaś do 18 roku życia do poboru 1/5 części płacy wdowy; sieroty bez ojca i matki do poboru 2/5 części płacy wdowy. Pobory te przypadają wdowie i sierotom nawet przed wysłużeniem 5 lat ojca, jeżeli tenże zmarł z powodu wykonywania obowiązków służbowych z ostrej choroby zakaźnej, o ile skarb państwa do opłacania tych emolumentów nie jest obowiązany. Za lata ubiegłe winni lekarze gminni i okręgowi opłacić do tego funduszu przypadające należytości, aby im te lata do emerytury mogły być wliczone.

7. Istniejące obecnie umowy gmin, względnie powiatów, z lekarzami gminnymi lub okręgowymi co do wypłaty emerytury nie zostają tą ustawą naruszone, lecz powinny być uregulowane w sposób, jak to się stało w krajowej ustawie morawskiej z d. 2 sierpnia 1898.

8. Wykonywanie prawa dyscyplinarnego nad lekarzami gminnymi i okręgowymi pozostaje jak w dotychczasowej ustawie, lecz przed wydaniem wyroku powinna być pytaną o opinię Izba lekarska, a w razie rekursu do wydziału krajowego, kraj. Rada zdrowia.

9. W końcu zwraca c. k. kraj. Rada zdrowia uwagę na potrzebę konieczną ustawowego uregulowania opieki nad ubogimi, bo bez tej regulacyi instytucya lekarzy gminnych i okręgowych zawsze będzie chromała.

Lwów, dnia 8. listopada 1901.

Dr. Józef Merunowicz, referent.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 kwietnia.

* D. 7 b. m. odbyło się Zgromadzenie delegatów galicyjskich Izb lekarskich, obu Towarzystw lekarskich i krakowskiego Towarzystwa samopomocy lekarzy, zwołane na wniosek P.P.: protomedyka Radcy Dworu Dr. Merunowicza i prezydenta Izby lek. wschodnio-galic. Dr. Festenburga. W obradach udział wzięli obok inicyatorów: prof. Dr. Mars, prof. Dr. Jordan, prof. Dr. Łazarski, prof. Dr. Nowak, prof. Dr. Poniklo, prof. Dr. Ciechanowski, poseł Dr. Opydo, Dr. Bogdanik, Dr. Langie i Dr. Kwaśnicki.

Obradom przewodniczył prof. Dr. Mars, na sekretarza powołano prof. Dr. Ciechanowskiego. Treścią prawie całodziennych obrad były nader doniosłe sprawy ekonomiczne bytu lekarzy. W rozprawach wzięli udział wszyscy obecni, a uchwały zapadły jednomyślnie. Do najważniejszych uchwał należą:

I. Zebrani delegaci Towarzystw i Izb lekarskich galicyjskich zobowiązują się w Towarzystwach i instytucyach, które zastępują, wyjednać poparcie dla petycyi, wniesionej przez krak. Towarzystwo samopomocy lekarzy do rządu i parlamentu, opartej na zasadzie współdziałania samych lekarzy i społeczeństwa, a odnoszącej się do ogólnie obowiązującego ubezpieczenia emerytury dla lekarzy na starość i na przypadek niezdolności do pracy zawodowej, oraz zabezpieczenia pensyi wdowom i sierotom po lekarzach.

II. Zebrani uznają konieczność zmiany ustawy Izb lekarskich i zobowiązują się sprawę tę w instytucyach przez siebie reprezentowanych popierać w myśl uchwał Izb, w tym kierunku powziętych.

III. Zebrani uznają potrzebę rewizyi statutu Towarzystwa samopomocy lekarzy.

IV. W sprawie podniesionej przez »Związek wiedeńskich Towarzystw lekarskich«, zmierzającej do wciągnięcia galic. Towarzystw lek. do tego »Związku«, w celu wspólnego działania do pomnożenia funduszów, mających służyć do zasilania »miejscowych« kas zapomogowych, zgromadzeni wyrazili przekonanie, które w odpowiedzi należy przesłać prezydyum »Związku«, że delegaci Towarzystw i Izb lekarskich galicyjskich uznają tego rodzaju działanie za niedostateczne na dzisiejsze czasy i w tym celu popierają całą siłą wyżej wymienioną petycyę »Towarzystwa samopomocy lekarzy«, a ze swej strony upraszają zarząd »Związku«, ażeby dołożył wszelkich starań u władzy i parlamentu do pomyślnego załatwienia tej petycyi. Towarzystwa lekarskie galicyjskie byłyby skłonne do połączenia się ze »Związkiem wiedeńskich Towarzystw lekarskich« dla współdziałania w wyżej oznaczonym celu humanitarnym, lecz do czasu rozejrzenia się w statucie i poznania praw i obowiązków członków, muszą się zachować wyczekująco. Prowadzenie dalszych rokowań w tej sprawie delegaci powierzyli Zarządowi Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Roztrząsano sprawę zbyt małych kwot zapomogowych, któremi Towarzystwa zapomogowe obdzielają potrzebujących. Zastanawiano się, czy nie należałoby zmienić regulamin w tym kierunku, ażeby mniej odkazywać do kapitału żelaznego, a więcej przeznaczać na bieżący fundusz zapomogowy. Wreszcie rozważano, czy nie dałoby się stworzyć pewnych kategoryj potrzebujących, np. osobno lekarzy, a osobno wdów i sierót po lekarzach i ażeby pewne Towarzystwa zaopatrywały tylko pewne kategorye potrzebujących. Obrady w tym względzie mają posłużyć do dalszego badania tych ważnych spraw; wnioski, jakie się wyłonią w dalszym ciągu, poddane będą pod uchwały na jednem z przyszłych zgromadzeń delegatów Towarzystw i Izb lekarskich.

VI. Uchwalono popierać krajowe Towarzystwa zapomogowe, w szczególności zaś usilnie się starać o wpisywanie się liczne do Towarzystwa lekar. galicyjskiego, które kwotą dziś już posiadanego funduszu zapomogowego mogłoby odegrać wybitną i zbawczą rolę w przyszłem ukształtowaniu się stosunków ekonomicznych stanu lekarskiego w Galicyi.

* Ministeryum oświaty, w myśl uchwały lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadało Drowi Pawłowi Kučerze *veniam legendi* z zakresu anatomii patologicznej.

* P. Aleksander Zarewicz z Krakowa otrzymał na międzynarodowej higienicznej Wystawie w Rzymie najwyższą nagrodę za wynaleziony przez siebie przyrząd do odkażania.

* Dr. Gans uprasza nas o zawiadomienie kolegów, że z przyzwoleniem władzy zmienił swoje nazwisko rodowe na Porajewski.

(—) Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego złożono następujące dary: 1) Prof. Dr. Ks. Gałęzowski ofiarował siedm zupełnych roczników «Recueil d'Ophthalmologie«. Doc. Dr. M. Rutkowski podarował 66 oprawnych tomów różnych czasopism polskich. 3) Prof. Dr. L. Wachholz ofiarował sześć roczników polskich czasopism, nadsyłanych Komisyi sprawozdawczej do roczników »Virchowa-Kirscha«.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom składam niniejszem najserdeczniejsze podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński. Bibliotekarz Krak. Tow. Lek.

* Między 19 a 25 marca doniesiono władzy o trzech nowych przypadkach ospy w powiecie gorlickim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy: we Lwowie (1 przypadek); w powiatach: bohorodczańskim (2 gminy); brodzkim (2 dm.); buczackim: (1 gm.); jaworowskim (1 gm,); kałuskim (1 gm); kolbuszowskim (1 gm.); mościskim (3 gm.); nadworniańskim (3 gm.); przemyskim (1 gm.); skałackim (1 gm.); stanisławowskim (3 gm.); tarnopolskim (2 gm); trembowelskim (1 gm.); wadowickim (1 gm.); złoczowskim (1 gm). Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 94.

* Na posiedzeniu berlińskiej Komisyi do badania raka profesor Leyden miał odczyt o pasorzytniczem pochodzeniu tego nowotworu, do udowodnienia czego miały służyć preparaty i rysunki. Okazał on na preparatach drobnowidowych ciałka, podobne do ócz ptasich, rzekomo mające być przyczyną raka. Zgromadzeni podnieśli liczne skrupuły, mianowicie Lubarsch i Hansemann utrzymywali, że ciałka te nie są tworami swoistymi raka.

* Centralne biuro berlińskie do walki z gruźlicą posiadać będzie własny organ pod tyt. »Tuberculosis«. Czasopismo to wychodzić będzie raz na miesiąc.

Mianowania i odznaczenia. Na następcę Kaposiego powołany został prof. Riehl z Lipska. W Odesie mianowani zostali: Dr. Bogdanow profesorem szczegółowej terapii i doc. Massen profesorem położnictwa i ginekologii Dr. Jaboulay mian. prof. kliniki chirurg. w Lugdunie. Dr. Baldi został zwycz. profesorem farmakologii w Pizie. Dr. Carlier profesorem chirurgii w Lille. Dr. Faivre profesorem kliniki lekarskiej w Poitiers.

Nekrologia. Dr. Tomasz Piotrowski zmarł 4 b. m. we Lwowie, licząc lat 34. Prof. ginekol. kliniki Dr. Crouzat zmarł w Tuluzie. Dr. Eugeniusz Kondracki zmarł w Kijowie, w 61 r. życia. Dr. Józef Schöbl, prof. okulistyki, zakończył życie d. 7 b. m. w Pradze. Następca Pettenkofera prof. Buchner zmarł w Monachium d. 5 b. m., licząc lat 52. Dr. Józef Preibisz zmarł d. 6 b. m. w Poznaniu.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Działowski: Nowy przypadek alopecyi ogólnej, oraz kilka słów o etylogii i przebiegu tej choroby. Koelichen: Przypadek zapalenia gruźliczego opon rdzeniowych oraz rdzenia.

— *Kronika lekarska* Nr. 7. T. Borzęcki: Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalach naszych. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 157, 158 i 159. W. Janowski: Semiotyka ogólna wymiotów.

— *Medycyna* Nr. 14. Kraushar: Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci. Gaszyński: Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem teoryj o samozatruciu (dokończenie).

— *Gazeta lekarska* Nr. 14. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej. Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hidromyelią (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Goldman: Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy. Zalewski: Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacyi płockiej (dok.). Zienkiewicz: O działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. płockiej. Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 14. Kuffner i Janský: Zkušenosti o demenci afatické (dok.). Chalupecký: Uztah vzájemný přiznaků očnich při soucitnem onemocněni a traumatické neurose a jich odhad při pojišt'ováni úrazovem.

— *La Presse médicale* Nr. 26. Morestin: Nowotwory rakowate obu warg, jednoczesne, lecz od siebie niezależne. Guihal: O aspirynie i jej własnościach leczniczych.

N. 27. Rouslacroix: O przechodzeniu własności aglutynacyjnych na płód z matki, która przebyła dur podczas ciąży. Fischer: Próby zapobiegania chorobom wenerycznym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Bringer: Trucizna do zatruwania strzał, używana w niemieckiej Afryce wschodniej. Schild: O atoksylu, nowym przetworze arsenowym i jego zastosowaniu w chorobach skórnych. Joseph i Piórkowski: Przyczynek do nauki o prątku kiłowym (dok.). Buttersack: O mechanicznem działaniu ubocznem na oddychanie i krążenie (dok.). Rosenheim: O samoistnem rozszerzeniu przełyku bez anatomicznego zwężenia (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Weiler: Przyczynek do kazuistyki ropni podprzeponowych, zawierających żółć. Zapalenie guzów jamistych, żylnych naczyniaków i splotów żylnych, powstałe w następstwie zwiększenia się starego naczyniaka i utworzenia się nowej rozstrzeni żylnej. Frisch: 400 operacyj kamieni pęcherzowych (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13. Trendelenburg: Chirurgiczne leczenie ropnicy połogowej. Berndt: O wyłuszczaniu i odradzaniu się długich kości w zapaleniu kości i szpiku kostnego, oraz w gruźlicy w kości. Wilms: Leczenie chirurgiczne licznych ropni wątroby, powstałych wskutek zapalenia przewodów żółciowych i woreczka żółciowego. Bertelsmann i Mau: Przenikanie bakteryj do krwiobiegu jako przyczyna gorączki moczowocewkowej (febris urethalis). Lange: O niedostatecznem napięciu mięśnia i jego leczeniu chirurgicznem. Krukenberg: O leczeniu róży w »czerwonej izbie«. Sack: O istocie i postępie Finsenowskiego leczenia światłem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 14. Bergmann: Wyleczenie postrzału w czaszkę. Rose: Metoda badania chorego na zapalenie wyrostka robaczkowego. Wolff: O krwawem przełożeniu jądra z kanału pachwinowego do moszny. Kümmell: Chirurgiczne leczenie puchliny brzusznej w marskości wątroby.

Redakcya otrzymała. Blumenthal: 1) Le mouvement antituberculeux en France et en Belgique. 2) Lettres de Russie. 3) Obszczestwiennaja borba s tuberkulezom, kak s narodnoj boleźnju. w zapadnoj Europie i Amerikie. Od dr. Talko-Hryncewicza: Trudy Troickosawsko-kiachtinskaho otdielenja priamurskaho otdieła imper. ruskaho geograf. obszczestwa.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 16 b. m. o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg mówić będzie: „O nowszych teoryach odporności“.